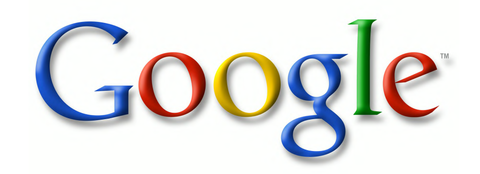
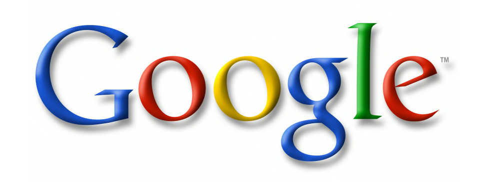
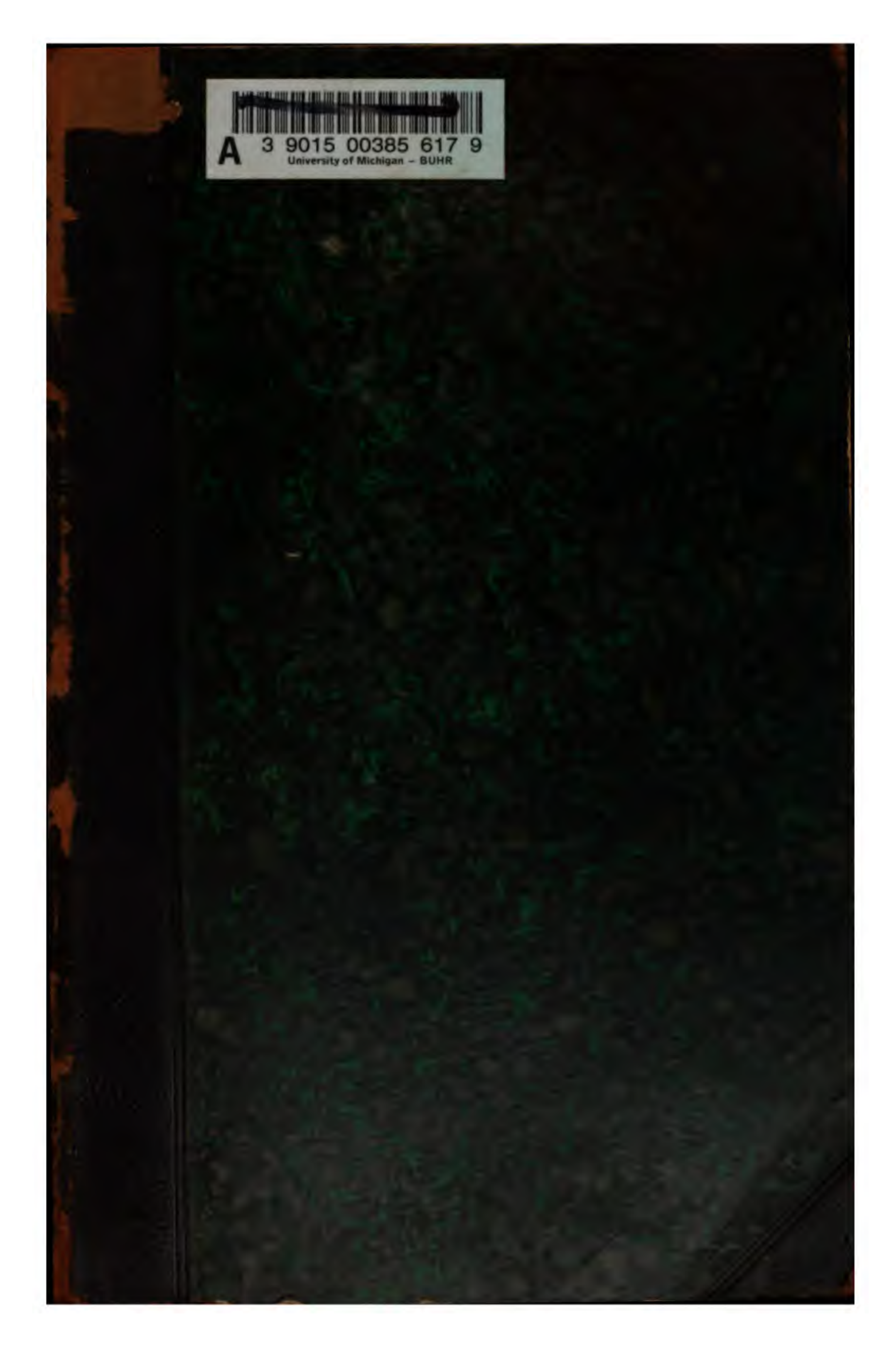
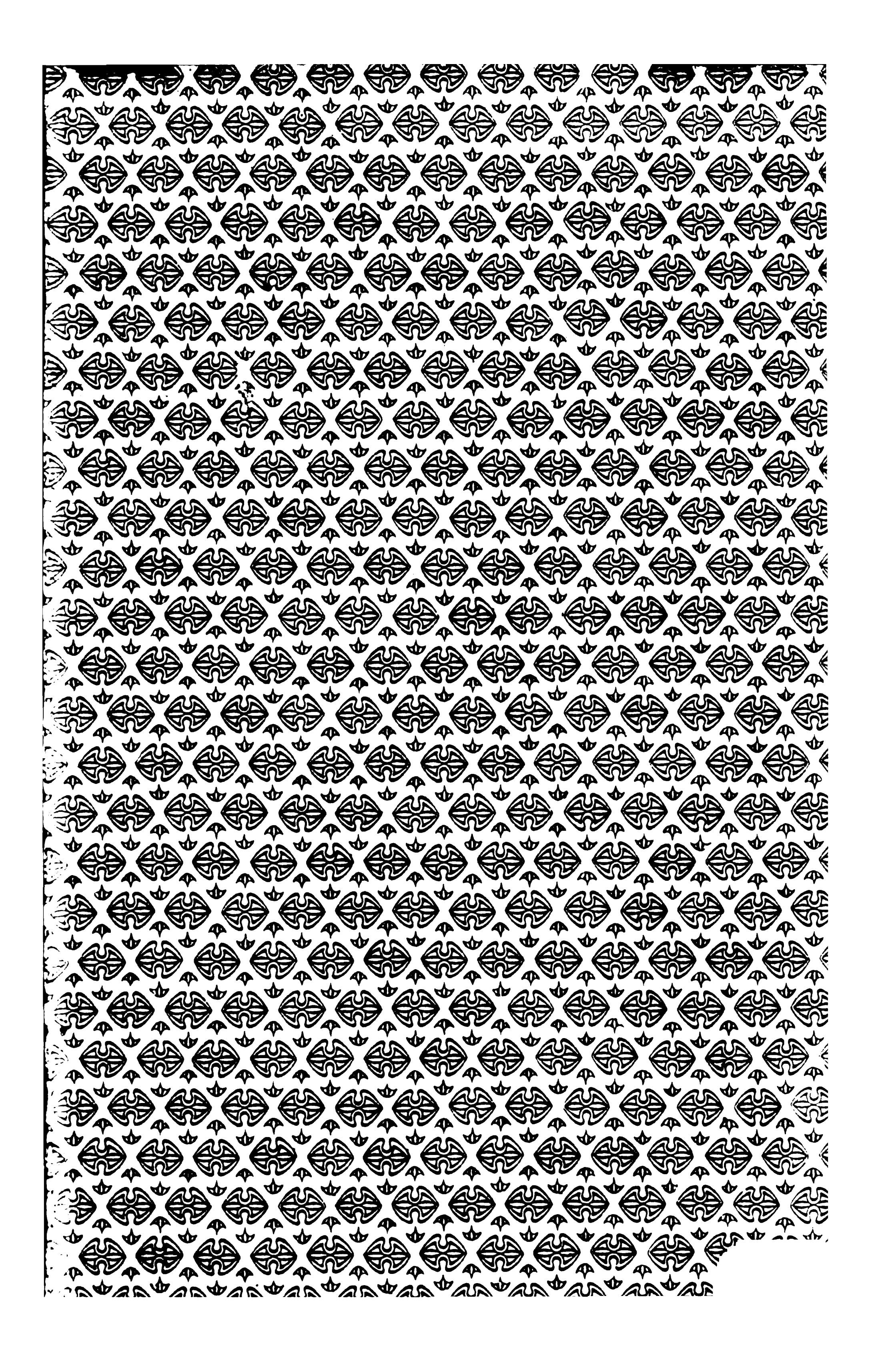





A 3 9015 00385 617 9
University of Michigan – BUHR


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME XXXV

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les Annales de Gynécologie paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris	18	francs.
Pour les départements.............	20	—
Pour l'Europe.....................	22	—
Pour les États-Unis d'Amérique.....	23	—
Pour les autres parties du monde...	25	—

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie G. Steinheil, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr Hartmann, 80, rue Miromesnil, pour la partie gynécologique ; à M. le Dr Varnier, 6, rue Herschel, pour la partie obstétricale ou à M. G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

ET D'OBSTÉTRIQUE

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

PAJOT, TILLAUX, PINARD, LEBLOND

Rédacteurs en chef.

H. VARNIER ET H. HARTMANN

TOME XXXV

Contenant des travaux de MM.

ALEXENKO, BAUDRY, BLANC, BOYER (Mme), CRIMAIL,
DELBET, DE GRANDMAISON et BRESSET, FARABEUF et VARNIER, FELIZET,
HENRY (Mme), LABUSQUIÈRE,
LAWSON TAIT, MABBOUX, PINARD, REYMOND et MALLY,
RICHELOT, SCHULL, SEGOND, TUFFIER.

1891
(1er SEMESTRE)

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1891

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Janvier 1891

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS DE LA FACULTÉ (CLINIQUE BAUDELOCQUE)

DE L'ACCOUCHEMENT PROVOQUÉ

Par le Professeur **A. Pinard**

Messieurs,

Je viens d'examiner devant vous, à la salle de travail, deux femmes ayant le bassin vicié par le rachitisme et chez lesquelles, vous ai-je dit, je vais provoquer l'accouchement.

Je profite de cette circonstance pour vous entretenir aujourd'hui de l'un des plus beaux actes opératoires de la thérapeutique obstétricale, qui nous permet si souvent à l'heure actuelle de sortir absolument victorieux des impasses de l'angustie pelvienne, et nous donne le pouvoir, comme l'a si bien dit Jacquemier, de réaliser l'idéal de Levret, c'est-à-dire de sauver et la mère et l'enfant.

Je veux, aussi rapidement que possible, vous montrer comment l'idée de provoquer l'accouchement avant terme, chez les femmes ayant un rétrécissement du bassin, a pris naissance, combien cette idée géniale a été critiquée et combattue alors même que les faits venaient prouver sa légitimité et sa puissance, avant d'apparaître aux yeux de tous ce qu'elle est réellement, c'est-à-dire l'une des plus heureuses conceptions de l'art obstétrical.

Puis, je vous exposerai de quelle façon l'accouchement provoqué enfin « partout sorti victorieux de sa longue et

laborieuse phase militante » est devenu le moyen prophylactique par excellence de la dystocie, dans le plus grand nombre des bassins viciés. Nous aurons ensuite à étudier les indications, la technique opératoire et les résultats obtenus.

L'accouchement provoqué, en tant qu'opération considérée comme légitime, ayant ses indications, ses contre-indications et son manuel opératoire, est de date toute moderne.

L'accouchement prématuré accidentel avait prouvé depuis un temps immémorial que les enfants nés avant terme dans les deux derniers mois de la grossesse sont le plus souvent viables et que, d'un autre côté, les femmes qui accouchent dans ces conditions ne courent pas plus de dangers que celles qui accouchent à terme. Dans un certain nombre de cas même, les accoucheurs avaient observé que des femmes qui n'avaient pu accoucher à terme que d'enfants morts et mutilés, avaient expulsé spontanément des enfants vivants et viables, lorsqu'une cause fortuite était venue déterminer l'accouchement prématuré.

Il n'y avait donc qu'un bien petit pas à faire pour que l'art pût mettre à profit les résultats de l'observation, pour que la cause fortuite devînt voulue, pour que ces cas exceptionnels devinssent la règle.

Quelques esprits s'engagèrent dans cette voie, mais soulevèrent bientôt des sentiments de réprobation. Une considération morale ou envisagée comme telle (l'inviolabilité de la grossesse) paralysa ces élans particuliers et immobilisa pendant longtemps la main des accoucheurs.

Ainsi cette prétendue morale admettait la légitimité de la mutilation, de la destruction du fœtus à terme pour sauver la mère et s'élevait contre l'emploi du moyen qui aurait donné les plus grandes chances de vie à la mère et à l'enfant.

Aux accoucheurs anglais revient l'honneur d'avoir les premiers proclamé, vers l'année 1756, la légitimité du principe de l'accouchement provoqué, considérant ce dernier comme conforme à la saine morale et à la saine pratique.

Macaulay justifia le premier la décision de ses confrères et bientôt après C. Kelly le suivait dans cette voie, en provoquant trois fois l'accouchement chez la même femme et deux fois avec succès.

Un mouvement semblable se produisit un peu plus tard en Allemagne. Dès 1799, E. A. Mai essayait de poser les indications de l'accouchement prématuré artificiel et Wenzel, en 1804, faisait mieux encore en le pratiquant avec succès. Mais ce ne fut qu'après la publication de l'ouvrage de Reisinger, en 1820, que toutes les résistances furent vaincues en Allemagne.

A partir de ce moment, l'accouchement prématuré artificiel fut accepté et pratiqué par les accoucheurs de presque tous les pays.

C'est en France où il a rencontré les résistances les plus opiniâtres et où il a eu à lutter le plus longtemps pour pénétrer dans la pratique.

Conseillé avec timidité par Lauverjat, approuvé par A. Petit qui le fit pratiquer, d'après Sue « dans le cas de difformité aux os du bassin », l'accouchement provoqué fut rejeté par la plupart des accoucheurs de la fin du dernier siècle et du commencement de celui-ci.

D'après Sue, il faudrait avant de discuter les résultats pratiques de cette opération, « que les casuistes et les théologiens eussent décidé s'il est permis d'accélérer par art une fonction à laquelle la nature a assigné un terme fixe ».

Baudelocque laisse de côté, lui, les considérations morales ou théologiques, mais s'appuyant sur quelques observations malheureuses repousse le principe de l'accouchement provoqué, ce dernier ne pouvant donner d'aussi bons résultats que l'accouchement prématuré accidentel.

Cet anathème prononcé par Baudelocque, accusé encore par ses élèves, eut une influence désastreuse. Ce ne fut pas seulement de la défaveur, ce fut de l'opprobre qui s'attacha à la provocation de l'accouchement.

Il suffit pour s'en convaincre de lire la réponse « énergi-

quement négative et menaçante faite en 1827 par une commission de l'Académie de médecine, composée d'accoucheurs et de médecins légistes éminents, à la proposition de l'accouchement provoqué faite par un praticien de la ville, à l'occasion d'un accouchement prématuré heureux » (Jacquemier).

Enfin, Stoltz, Dezeimeris, Dubois, Velpeau, esprits plus larges, observateurs plus sagaces, se montrèrent partisans de l'accouchement provoqué, le conseillèrent et le firent définitivement entrer dans la pratique en France. M. Stoltz provoqua l'accouchement pour la première fois en 1831.

Depuis cette époque, les indications se multiplièrent en se précisant, en même temps que les procédés opératoires se modifièrent en se perfectionnant.

Au point de vue des indications en général, on peut dire avec Jacquemier que l'accouchement peut et doit être provoqué chez des femmes qui ont le bassin trop étroit pour permettre le passage d'un enfant vivant à terme, ou qui sont affectées de maladies produites ou aggravées par la grossesse, menaçant sérieusement, et prochainement leur existence, et celle de leur enfant.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que l'interruption de la grossesse doit avoir lieu seulement à une époque où la viabilité du fœtus est assurée, car avant ce moment ce ne serait plus un accouchement, mais bien un avortement qui serait provoqué. En disant viabilité assurée, je n'entends point qu'on confonde ces termes avec viabilité légale qui commence à la fin du sixième mois.

Car l'aptitude à vivre de la vie extra-utérine bien qu'aidée puissamment à l'heure actuelle par de nouveaux moyens mis récemment à notre disposition, et en particulier par les couveuses et le gavage, n'est qu'exceptionnelle avant le septième mois révolu. On peut élever des enfants nés à la fin du sixième mois ; M. Tarnier en a donné la preuve ainsi que plusieurs accoucheurs ; moi-même j'ai vu dans mon service quatre enfants nés avant le septième mois vivre et se développer, grâce aux soins dont ils furent entourés, comme des

enfants venus à terme. Mais, je le répète, ces cas sont exceptionnels et, en provoquant l'expulsion du produit de conception avant le septième mois, il faut bien qu'on sache qu'on provoquera bien plus souvent un avortement qu'un accouchement. Du reste, je reviendrai sur ce point et nous verrons la preuve de ce que j'avance en constatant les résultats obtenus.

Je veux m'occuper principalement ici de l'indication de beaucoup la plus fréquente et la plus importante, et pour ainsi dire, la mieux établie, je veux dire celle qui est fournie par les rétrécissements du bassin.

Je laisse de côté pour le moment les indications résultant de maladies créées par la grossesse ou aggravées par elle et je ne ferai que vous rappeler en passant l'indication nouvelle que je vous ai signalée il y a quelque temps et qui résulte de la connaissance que vous avons maintenant du mécanisme suivant lequel meurent le plus souvent les fœtus des mères albuminuriques. Je ne veux envisager, aujourd'hui, que l'accouchement provoqué chez les femmes ayant un rétrécissement du bassin.

Vous savez tous que les rétrécissements du bassin peuvent être ou peu accusés ou très considérables avec toutes les nuances qui séparent les rétrécissements extrêmes des rétrécissements peu accentués.

Or une première question se pose : quel est le degré du rétrécissement qui nécessite la provocation de l'accouchement ? La solution de cette question paraît très simple en théorie, nous allons voir au contraire combien elle est difficile en pratique.

Cette question fut étudiée et en grande partie élucidée par P. Dubois dans sa magistrale thèse de concours.

S'appuyant sur la moyenne des dimensions de la tête fœtale à terme, P. Dubois établit que chez toute femme, ayant un diamètre promonto-pubien minimum, ou diamètre utile (il n'employait pas ces termes, mais peu importe) de 9 centimètres au moins, il était inutile de provoquer l'accou-

chement à moins que des accouchements antérieurs ne soient venus démontrer que des fœtus n'avaient pu traverser cette filière pelvienne par suite du développement et de l'ossification trop prononcée de leur tête.

On sait, en effet, que le diamètre bipariétal mesure en moyenne de 9 cent. à 9 cent. 1/2 chez un enfant à terme. Or, comptant sur la réductibilité qui résulte de l'élasticité et de la mobilité des os du crâne, on admet, et avec raison, que le plus souvent un enfant à terme et de volume normal peut traverser sans dommage pour lui, soit spontanément, soit artificiellement, un bassin dont le détroit supérieur rétréci mesure encore au moins 9 centimètres. C'est donc, suivant les auteurs, au-dessous de 9 cent. qu'on doit surtout intervenir et cela est vrai.

Eh bien, voyons maintenant comment classiquement on doit agir en face de bassins ayant moins de 9 centimètres.

Sachant que dans des bassins viciés régulièrement, si je puis m'exprimer ainsi, par le rachitisme, c'est-à-dire étant aplatis d'avant en arrière, le maximum du rétrécissement porte sur les diamètres antéro-postérieurs et en particulier sur le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, admettant d'autre part que c'est le diamètre transverse ou diamètre bipariétal qui se met en rapport avec le diamètre antéro-postérieur du bassin pour traverser la filière pelvienne, les accoucheurs ont cherché à connaître les dimensions du diamètre bipariétal aux différents âges de la vie intra-utérine.

Or des mensurations nombreuses et suffisamment concordantes ont établi que le diamètre bipariétal mesure en moyenne :

A 8 mois : 8 centimètres.
A 7 mois : 7 centimètres.
A 6 mois : 6 centimètres.

Donc la conclusion était facile à tirer et elle le fut.

On a dit : chez une femme ayant un diamètre promonto-pubien :

de 8 centimètres et demi, il faut provoquer l'accouchement à 8 mois et demi;

de 8 centimètres, à 8 mois;

de 7 centimètres et demi, à 7 mois et demi;

de 7 centimètres, à 7 mois.

Avec ces notions vous vous croyez bien forts et vous partez, non pas en guerre, mais faire de la pratique.

Vous rencontrez chez votre première cliente, qui se dit enceinte de plus de 7 mois, une excavation vide. Vous rappelant ce que nous vous avons enseigné, vous recherchez la cause de cette absence d'accommodation pelvienne.

Vous pratiquez le toucher explorateur et vous rencontrez la face antérieure du sacrum. Le diagnostic est fait, il y a un rétrécissement du bassin.

C'est très bien d'avoir fait ce diagnostic, d'avoir mis cette étiquette : *rétrécissement du bassin*, mais cela ne suffit pas et ne doit pas vous suffire.

Il faut évaluer mathématiquement le degré du rétrécissement; il faut chercher à connaître l'étendue du diamètre promonto-pubien minimum.

Vous savez que ce diamètre n'est pas directement mensurable sur la femme vivante. Vous savez de plus que le temps des pelvimètres internes, externes, mixtes et universels est passé; vous vous rappelez qu'on vous a dit et prouvé que le moins mauvais des instruments à employer est dans la main : indicateur seul ou indicateur et médius réunis. Alors vous allez avec un seul doigt (l'indicateur) si le rétrécissement est considérable, avec deux doigts (l'indicateur et le médius réunis) si le rétrécissement n'est pas très accusé, introduits dans le vagin, à la recherche de l'angle sacro-vertébral. Connaissant et éprouvant les sensations qui vous permettront d'affirmer que l'extrémité de votre index ou de votre médius est bien en rapport avec le promontoire, vous relevez le bord radial de votre index pour le mettre en rapport avec le bord inférieur de la symphyse et, marquant le point de con-

tact exact de ce bord sur votre doigt, vous n'aurez plus qu'à mesurer la distance qui sépare ce point de l'extrémité du doigt qui était en contact avec l'angle sacro-vertébral pour connaître l'étendue du diamètre promonto-sous-pubien. Mais ce n'est point ce diamètre qu'il faut connaître exactement, c'est le diamètre promonto-pubien minimum, c'est le diamètre utile. Et pour obtenir ce dernier, vous êtes obligé de faire une soustraction, car vous n'ignorez pas que le diamètre promonto-sous-pubien est plus grand que le diamètre utile.

Votre embarras commence, car imprégné de vos auteurs vous vous demandez combien il vous faut retrancher du diamètre promonto-sous-pubien pour avoir l'étendue exacte du diamètre promonto-pubien minimum.

Devez-vous retrancher 1 centim., 1 centim. et demi, 2 centim., 2 cent. et demi? ces différentes soustractions ont été conseillées par des accoucheurs de la plus haute autorité.

Et moi, qui me suis particulièrement occupé de cette question, qui ai mesuré tous les bassins viciés contenus dans les collections et musées de Paris, je ne puis vous répondre avec certitude ou plutôt avec précision.

En effet j'ai constaté que la différence entre ces deux diamètres pouvait n'être que de quelques millimètres parfois, tandis que dans d'autres cas elle dépasse 2 centim. J'ai cherché quelles étaient les causes qui font varier le rapport entre ces deux diamètres; j'ai bien trouvé que ces causes résidaient dans la hauteur de la symphyse, dans son épaisseur, dans son inclinaison ; depuis la publication de ma thèse inaugurale, j'ai vu maintes fois que l'inclinaison du plan du détroit supérieur jouait également un grand rôle et que plus l'angle sacro-vertébral était élevé par rapport à la symphyse, plus la différence était grande entre les deux diamètres; mais est-il facile sur la femme vivante de connaître, d'évaluer, d'apprécier toutes ces conditions, toutes ces manières d'être? Je n'ai pas besoin d'insister pour vous faire comprendre la difficulté pour ne pas dire l'impossibilité de formuler une mesure exacte.

Et le plus souvent on prend une moyenne et on retranche un centimètre et demi.

Je suppose qu'imbus des données classiques ou généralement établies vous ayez trouvé chez votre cliente un diamètre promonto-sous-pubien de 10 centim., vous allez alors retrancher 1 centim. et demi et vous en concluez que le diamètre promonto-pubien minimum ne mesure que 8 cent. 1/2.

D'où la nécessité de provoquer l'accouchement.

Avec un bassin de 8 centim. et demi, direz-vous, il faut provoquer l'accouchement à 8 mois et demi.

Vous chercherez alors à établir le diagnostic exact de l'âge de la grossesse et vous allez vous heurter à une nouvelle difficulté. En effet, bien que vous soyiez exactement renseigné sur la dernière apparition des règles, pouvez-vous savoir avec précision quand a eu lieu la fécondation? La conception s'est-elle produite aussitôt après les dernières règles ou plus ou moins longtemps après ? Ne voyez-vous pas à chaque instant des femmes qui viennent accoucher ici et qui n'ont pas eu leurs règles depuis près de dix mois ?

Nouvelle incertitude, qui pourra avoir des conséquences graves, et vous vous demanderez avec inquiétude sinon avec angoisse, si vous n'allez pas intervenir ou trop tôt ou trop tard.

Vous voyez, Messieurs, combien la pratique s'éloigne de la théorie, combien la précision presque mathématique est nécessaire, combien elle est difficile sinon impossible à obtenir.

Et encore n'ai-je point parlé des différences considérables qui peuvent exister et qui existent dans le volume et le degré d'ossification de la tête des fœtus à terme. Le volume de la tête ? Nouvelle inconnue.

Vous ne vous étonnerez donc point que nombre d'interruptions de la grossesse aient été produites ou trop tôt ou trop tard.

C'est après avoir eu à lutter avec ces difficultés que j'ai cherché si l'on ne pourrait arriver à quelque chose de plus précis et je crois aujourd'hui, plus fermement que jamais, que

le palper peut nous rendre les plus grands services dans ces circonstances.

Ce n'est plus le palper explorateur qu'il faut pratiquer, mais le palper mensurateur. Vous me voyez tous les jours le mettre en œuvre devant vous, je ne vous le décrirai donc pas avec détails. Je me contenterai de vous rappeler qu'il faut ramener la tête au-dessus de l'aire du détroit supérieur quand elle ne s'y trouve pas spontanément, puis la fixer à ce niveau en la prenant de haut en bas à travers la paroi abdominale, en même temps qu'on la redresse, c'est-à-dire qu'on cherche à la faire se présenter d'aplomb. Il suffit alors de constater si la tête pressée contre le promontoire déborde ou non la symphyse (1).

Par ce moyen vous avez du premier coup et en même temps le rapport qui existe entre la tête du fœtus et les dimensions antéro-postérieures du bassin.

Vous pouvez même, dans quelques cas, lorsque la paroi abdominale n'est ni trop épaisse, ni trop tendue, apprécier la résistance des os du crâne et la réductibilité plus ou moins grande qu'offrira la tête. Ce procédé est simple, beaucoup plus facile pour l'accoucheur que le toucher mensurateur, beaucoup moins pénible pour la femme.

Je n'ai point la prétention d'affirmer que ce procédé de crâniométrie intra-utérine peut permettre d'évaluer exactement en centimètres les dimensions de la tête fœtale, mais j'affirme que c'est un procédé d'examen comparatif excellent et presque toujours suffisant dans la pratique.

Ce serait bien beau de connaître mathématiquement le degré du rétrécissement de chaque bassin, mais ce ne serait pas encore l'idéal. Il resterait à connaître les dimensions de la tête fœtale. Avec le palper mensurateur, l'on ne connaît aucune dimension, l'on ne constate qu'un rapport : celui qui existe entre le volume de la tête et le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur et, en somme, c'est là le point capital.

---

(1) Voir mon *Traité du Palper abdominal*, 2e édition, p. 202.

Ou je me trompe fort, ou ce nouveau procédé, déjà conseillé par Muller, est appelé à rendre de très grands services, dans tous les cas où se pose l'indication de l'accouchement provoqué pour un rétrécissement du bassin.

Dans tous les cas, depuis quelques années, tout en faisant appel au diagnostic de l'âge de la grossesse, tout en pratiquant avec grand soin le toucher mensurateur et le toucher explorateur, car le palper mensurateur ne renseigne que sur le détroit supérieur et nullement sur l'état des autres segments du bassin, mes déterminations ont toujours été prises d'après les données qui m'étaient fournies par le palper mensurateur. Nous verrons un peu plus loin les résultats obtenus.

Il est bien entendu que d'autres procédés sont nécessaires quand on se trouve en face de bassins asymétriques ou dont le maximum de rétrécissement n'est plus au niveau du diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur.

Dans ces derniers cas, vous le savez, c'est le toucher manuel pratiqué pendant l'anesthésie qui peut seul nous donner des renseignements aussi exacts que possible.

Ceci étant dit, concernant les indications, examinons maintenant les procédés opératoires mis en œuvre pour provoquer l'accouchement.

J'ai dit, Messieurs, *procédés opératoires*, car il est reconnu aujourd'hui qu'une opération est nécessaire pour provoquer scientifiquement l'accouchement.

Je ne passerai donc pas en revue les remèdes généraux qui ont été tour à tour préconisés comme très efficaces. Ils ont surtout cette renommée auprès des gens du monde, mais vous tous médecins ou près de l'être, vous ne devez pas ignorer qu'ils sont toujours inefficaces et souvent dangereux.

Ce sont, en première ligne, la rue, la sabine, le safran, l'armoise, l'absinthe et le seigle ergoté. En les examinant tour à tour nous pourrions dire de chacun qu'il ne peut en aucune façon déterminer l'accouchement. Il en est de même du sulfate de quinine, qui, quoi qu'on en ait dit, ne provoque pas de

contractions utérines efficaces pendant la grossesse.

J'insiste sur ce point, car il est important de savoir que chez une femme enceinte atteinte de fièvre intermittente on peut administrer ce médicament puissant sans craindre de déterminer l'accouchement. Les expériences que j'ai entreprises d'abord sous la direction de M. Tarnier, en 1873, à la Maternité ; que j'ai continuées depuis dans mon service, me permettent d'être affirmatif sur ce point. Comme l'a dit avec raison Jacquemier, le cadre qui contient les moyens qui déterminent l'accouchement en impressionnant l'économie tout entière est un cadre vide.

Je passerai sous silence une série d'autres moyens consistant dans le massage, les frictions et même l'électricité, et cela pour les mêmes raisons.

J'arrive alors aux procédés opératoires.

Le plus anciennement connu et employé consiste dans la *ponction des membranes*, soit au niveau du point le plus déclive de l'œuf, soit, comme l'a conseillé Meissner, en un point plus élevé.

Ce procédé primitif n'est plus employé aujourd'hui que dans les cas absolument exceptionnels où l'utérus est surdistendu par une quantité énorme de liquide amniotique. Et encore a-t-on bien plus en vue, en pratiquant cette ponction, la déplétion de l'utérus par suite de l'évacuation du liquide ammiotique que l'expulsion du fœtus.

Le tamponnement du vagin, à l'aide de boulettes de charpie ou de ballons à eau ou à air est un moyen inefficace, douloureux et également abandonné.

L'introduction de l'éponge préparée ou procédé de Kluge a été longtemps le procédé habituel de la plupart des accoucheurs. Il est aujourd'hui justement délaissé pour les raisons suivantes : Difficile à employer chez les primipares, assez souvent inefficace même à faire naître des contractions chez les multipares, ce procédé est souvent dangereux par suite de la difficulté que l'on a à se procurer des éponges préparées absolument antiseptiques.

La *douche utérine*, ou procédé de Kiwisch, appliquée par cet accoucheur en 1846, introduite en France en 1851, vint prendre le pas sur l'éponge préparée.

D'après Kiwisch, il suffirait de pratiquer des irrigations chaudes sur le col pour déterminer l'accouchement. Ce procédé fut accueilli avec faveur pendant un certain temps, les accoucheurs croyant à « la propriété excitante et congestive des irrigations vaginales » (Jacquemier).

Nous savons aujourd'hui ce qu'il faut penser de cette propriété irritante et congestive de l'eau chaude.

Vous connaissez les expériences que j'ai faites sur ce point, celles que j'ai fait faire par le Dr Gauvry et qui ont consisté à faire passer des centaines de litres d'eau chaude pendant des jours et des nuits dans le vagin de femmes ayant un bassin vicié et chez lesquelles je voulais provoquer l'accouchement. Nous ne pûmes faire naître en aucun cas une contraction.

Mais je me hâte d'ajouter que nous avions supprimé toute pression ou à peu près dans le liquide. C'était une balnéation du vagin et du col de l'utérus et nullement des douches que nous pratiquions.

Ces faits démontrent donc bien que l'action de l'eau chaude est insuffisante et que c'est à la force du jet et au traumatisme qu'il détermine que doit être attribuée l'efficacité de la méthode de Kiwisch. Mais si, dans ces conditions, elle est efficace elle est par cela même dangereuse.

Les accidents observés par Olshausen, Blot, Taurin, Depaul, Tarnier sont là pour le démontrer. Tout dernièrement encore, le Dr Baudry publiait dans sa thèse inaugurale une observation des plus intéressantes et des plus concluantes à cet égard. Ce procédé doit donc être absolument abandonné car il est ou inefficace ou dangereux.

A l'heure actuelle on provoque l'accouchement en introduisant dans l'utérus soit des instruments simplement excitateurs : sonde de Krause, soit en introduisant des instruments à la fois excitateurs et dilatateurs : ballon de Barnes, ballon de M. Tarnier, ballon de Champetier de Ribes.

Ce sont ces procédés que nous allons étudier et apprécier avec plus de détails.

Le procédé de Krause consiste, comme vous le savez, à introduire dans l'utérus, entre les membranes et la paroi utérine, une simple bougie de gomme ou de caoutchouc, de volume indéterminé, variable suivant les accoucheurs. La longueur de la bougie qu'on doit faire pénétrer dans l'utérus n'est pas non plus déterminée; elle serait de 12 à 14 cent. pour les uns, tandis que d'autres veulent que la sonde tout entière soit introduite.

Comme vous le voyez, ce procédé n'exige qu'un instrument des plus simples et ne comporte que peu ou pas de difficultés opératoires.

Et, cependant, vous ne me le voyez pas employer et voici pourquoi. D'abord, il arrive, malgré toutes les précautions prises, toute la lenteur et la délicatesse de l'introduction, de rompre les membranes, et comme rien ne s'oppose à l'écoulement du liquide amniotique, ce dernier peut s'écouler presque complètement, d'où il peut résulter un état de souffrance pour le fœtus.

De plus, en introduisant toute une bougie on peut rencontrer le placenta, le décoller, d'où une hémorrhagie, comme j'ai eu l'occasion d'en observer un cas. Mais ce ne sont pas là mes principaux griefs.

Je reproche à la sonde de n'être qu'un excitateur quelquefois lent et quelquefois impuissant. La sonde séjourne alors un temps indéfini ou plutôt infini sans provoquer de contractions.

Elle s'incruste dans la muqueuse utérine en formant une espèce de rigole et quelquefois cause de l'endométrite, aussi quelques accoucheurs ont-ils accusé le procédé de Krause de ne déterminer l'accouchement qu'en produisant de l'infection. Si, avec les précautions antiseptiques rigoureuses on peut se mettre à l'abri de ce danger, il n'en reste pas moins avéré que, dans un certain nombre de cas, le travail peut durer des jours, témoin le cas si intéressant publié par le professeur Pajot dans les *Annales de gynécologie* (juillet 1890).

Le procédé de M. Tarnier consiste à introduire un ballon vide au-dessus de l'orifice interne. Ce ballon gonflé agit d'abord comme excitateur, puis bientôt comme dilatateur, et son action dilatatrice dure autant que la production d'une dilatation suffisante pour le laisser passer. Je ne vous décrit pas en détail ce procédé puisque vous me le voyez employer constamment. Je me suis servi exclusivement de ce procédé jusqu'au moment où M. Champetier de Ribes me présenta son ballon.

On a reproché au procédé de M. Tarnier, sa complication instrumentale, ceci n'est pas un reproche sérieux, car vous savez combien l'instrumentation est simple puisqu'elle ne consiste que dans une tige-mandrin et une sonde. On a dit qu'il était difficile de faire pénétrer l'instrument dans le col des primipares. Vous m'avez vu assez de fois l'introduire chez ces dernières pour faire justice de cette accusation. On a dit encore que quelquefois le ballon éclatait soit pendant qu'on le remplit, soit dès le début des premières contractions. Cela est vrai, mais, cela était surtout vrai autrefois. Depuis quelques années, sur l'observation qui leur en a été faite, les fabricants se sont décidés à employer du caoutchouc de meilleure qualité et cet incident n'arrive plus que rarement.

Le reproche le plus sérieux qu'on puisse lui adresser, c'est que, quelquefois, lorsque le ballon a été expulsé dans le vagin, le travail commencé s'arrête et l'on assiste alors à une véritable rétrocession du travail.

On est obligé alors de procéder à de nouvelles introductions qui ne suffisent pas toujours à produire un travail définitif.

Il y avait donc là une lacune que j'étais le premier à reconnaître et que M. Champetier de Ribes a fait disparaître.

Je dis M. Champetier de Ribes et non Barnes, car le ballon dilatateur de Barnes perd sa forme de violon lorsqu'il est complètement distendu et tombe dans le vagin comme le ballon de M. Tarnier. Il m'est arrivé plusieurs fois d'em-

ployer le plus grand modèle de Barnes et d'une façon infructueuse.

En 1888 (1) M. Champetier de Ribes en faisant connaître son ballon, en en décrivant avec soin le manuel opératoire, disait ou à peu près : « J'ai longtemps cherché le moyen de provoquer sûrement et rapidement le travail et en même temps de dilater tout le canal génital de façon à supprimer les obstacles provenant des parties molles au moment de l'accouchement, soit qu'on abandonne celui-ci à la nature, soit qu'on le termine à l'aide d'opération, ce moyen je crois l'avoir trouvé ».

Je puis dire aujourd'hui qu'il ne s'était pas trompé, et chaque introduction de son ballon me démontre qu'il a atteint le but qu'il recherchait.

Son ballon, vous le connaissez, le manuel opératoire nécessaire pour l'introduire vous est également familier.

Voici depuis trois ans quelle est ma manière de procéder lorsque je veux provoquer l'accouchement. Chez les primipares, j'introduis d'abord le ballon de M. Tarnier, puis lorsque ce ballon a été expulsé, j'introduis le ballon de M. Champetier de Ribes.

Chez les multipares, le plus souvent le canal cervical et l'orifice interne sont assez perméables pour que je puisse d'emblée, sans efforts et sans causer de douleurs, introduire le ballon Champetier de Ribes.

Bien des objections ont été adressées à ce ballon. Avant de passer la parole à ses détracteurs ou à ses admirateurs, donnons la parole aux faits.

Laissant de côté tous les accouchements que j'ai provoqués avant d'être chef de service ou dans ma clientèle privée, ne prenant que les accouchements provoqués pour rétrécissement du bassin, dans mon service, soit à la Maternité de Lariboisière, soit à la clinique Baudelocque, je compte cent cas. Examinons les procédés employés et les résultats obtenus dans ces cent cas. (*A suivre.*)

---

(1) Voir *Annales de gynécologie*, décembre 1888.

TRAITEMENT NOUVEAU DE LA FISTULE RECTO-VAGINALE

Par M. G. **Félizet**, chirurgien de l'hôpital Tenon.

La fistule recto-vaginale consiste en une communication du rectum avec le vagin, au moyen d'un trajet plus ou moins long, plus ou moins direct dont le diamètre ne dépasse pas l'épaisseur d'une sonde de femme.

Cette définition nécessaire nous permet d'exclure les ouvertures larges, admettant un doigt ou deux et qui représentent non pas des fistules, mais de véritables brèches, restes permanents d'une destruction étendue de la cloison recto-vaginale.

Les fistules recto-vaginales ont donné lieu à divers traitements chirurgicaux dont le nombre et la gravité témoignent, dans l'histoire de l'art, du caractère rebelle de cette infirmité.

Nélaton, Denonvilliers et Dolbeau déclaraient que la cure des communications du rectum et du vagin est plus difficile que celle d'un grand nombre de fistules vésico-vaginales et nous avons vu M. Richet, découragé par d'infructueuses tentatives, se décider à diviser verticalement la cloison dans toute sa hauteur, sous cette impression que la périnéorrhaphie est plus aisée et plus sûre que l'occlusion d'une fistule rectale.

Cette ténacité des fistules recto-vaginales tient, en effet, moins au passage continu des matières solides ou liquides, passage dont l'usage des astringents et la répétition des soins de propreté atténuent les conséquences, qu'à l'issue involontaire des gaz.

Or, ce sont précisément ces gaz qui, après la suture, s'insinuent entre les surfaces avivées et font échec à la réunion des surfaces les plus nettement affrontées.

C'est dans ces conditions que M. Trélat n'a pas hésité à

instituer une opération complexe : avivement large et éloigné avec double plan de sutures.

Jusqu'ici c'est l'opération de Trélat, extension et perfectionnement de la méthode américaine des surfaces, qui semble offrir les meilleures garanties de guérison.

C'est seulement dans les cas récents et avec des trajets non encore organisés que la cautérisation serait susceptible de produire un effet utile.

La même objection s'adresse à la *réunion immédiate secondaire* de Lallemand et de Verneuil.

Le cas dont nous avons soumis l'observation à la Société de chirurgie nous a permis d'obtenir, par une opération aussi simple que possible, un résultat tout à fait décisif.

Nous aurions désiré présenter une série de faits semblables, mais nous avons vainement cherché depuis cinq ans des fistules recto-vaginales.

Tout isolé qu'il est, notre fait a sa valeur. Il nous montre la *guérison d'emblée* d'une *fistule recto-vaginale ancienne*, guérison obtenue *sans avivement, sans suture* au moyen d'une opération d'une facilité extrême et d'une durée de quelques minutes.

Mme C..., âgée de 35 ans, demeurant à Fontenay-sous-Bois, vient nous consulter le 14 octobre 1885 pour une infirmité qui date de deux ans.

En 1883, accouchement, presque à terme, d'un enfant mort. La tête reste plusieurs heures au passage. Extraction difficile. Apparition le soir même d'accidents fébriles graves.

Le 8e jour, issue abondante de matières fécales par le vagin.

Les renseignements sont assez incomplets, mais nous sommes autorisés à attribuer la communication à la chute d'une eschare de la cloison, plutôt qu'à un abcès qui se serait ouvert dans l'intestin et dans le vagin à la fois.

Ce que nous savons, c'est que l'issue des matières, abondante pendant les premières semaines, s'était ultérieurement restreinte et se montrait surtout en cas de diarrhée.

Le passage involontaire des gaz n'avait jamais cessé d'avoir lieu par le vagin.

Des attouchements avec la teinture d'iode, des cautérisations avec le nitrate d'argent et avec le thermocautère avaient été répétées sans succès.

La malade amaigrie, découragée par l'odeur fétide qu'elle doit à l'issue involontaire des gaz se présente à nous dans l'état suivant :

Le vagin est rouge, tuméfié. La fourchette est superficiellement ulcérée à la suite du contact des matières. A deux centimètres 1/2 au-dessus de la fourchette, à gauche de la ligne médiane, on voit un petit bourrelet rouge, en cul-de-poule, entouré d'une masse calleuse circulaire. La sonde cannelée passe très facilement du vagin dans le rectum, en suivant un trajet oblique ascendant, dont l'aboutissement est à 4 ou 5 centimètres de l'orifice anal, sur la ligne médiane.

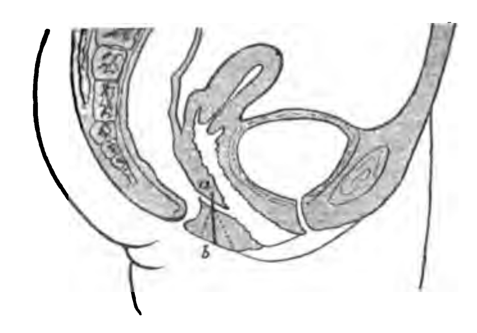


FIG. 1. — *ab*, incision transversale du périnée, vue en coupe.

En combinant le toucher rectal et le toucher vaginal, on s'assure que la paroi recto-vaginale est d'une épaisseur normale, plu tôt un peu épaissie.

Nous convenons que, pendant deux semaines, la malade sera préparée par des bains généraux, des injections émollientes et antiseptiques et un traitement tonique destiné à régler l'intestin.

Aussitôt après les règles, purgation et le lendemain, 31 octobre, l'opération est pratiquée à Fontenay avec l'assistance du Dr Cartaz et du Dr Delthil, médecin de Mme C.

La malade endormie est placée à l'extrémité d'une table dans la position de la taille périnéale. L'index de la main gauche étant introduit dans le rectum, pendant que le pouce presse en avant sur la marge de l'anus, afin de tendre le périnée, je fais en avant

de l'extrémité de ce pouce une incision demi-circulaire de 6 cent. de longueur : l'incision de la taille périnéale de Nélaton.

Le bistouri, guidé par le doigt resté dans le rectum, dédouble à petits coups la paroi recto-vaginale et marche à la rencontre d'une grosse sonde cannelée, que l'un des aides maintient dans le trajet fistuleux pour marquer le terme du premier temps de l'opération. La sonde cannelée étant retirée, le dédoublement de la cloison est poursuivi avec ménagement, au delà de la fistule, de façon à dépasser de quelques millimètres les callosités du trajet. (Voyez fig. 1 l'incision *a b*.)

Le doigt, introduit alors dans cet intervalle, élargit la brèche, la masse, l'assouplit et refoule en avant le feuillet antérieur du dédoublement. (Voyez fig. 1, les deux lignes pointillées.)

Le périnée est donc dédoublé, la fistule est coupée par son travers et l'effet de ce premier temps est, on le voit, la transformation d'une fistule recto-vaginale en deux fistules, à savoir : une fistule vagino-périnéale et une fistule recto-périnéale.

Le second temps est simple : la sonde cannelée est engagée dans la fistule recto-périnéale présentant sur sa rainure le pont de tissu *c*, qu'on divise comme dans la plus ordinaire des fistules anales.

Quant à la fistule vaginale, elle est loin du rectum, elle est en l'air. Dorénavant le vagin communiquera non plus avec le rectum,

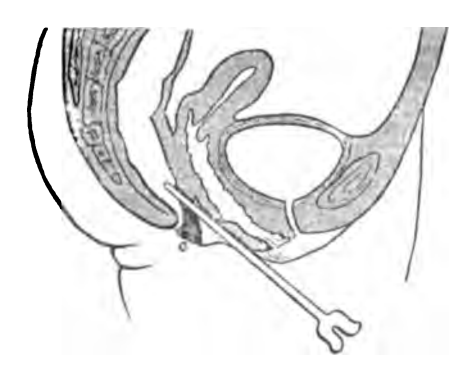


Fig. 2. — Deuxième temps, division sur la sonde cannelée du pont de tissu *c*, teinte en noir.

mais avec une tranchée indépendante, pansée antiseptiquement et qui se comblera plus tard après avoir dérivé et reçu les gaz et les

matières dont le passage entretenait la communication recto-vaginale.

L'opération avait duré 8 ou 10 minutes.

Les suites en furent des plus simples. Injections vaginales biquotidiennes avec la liqueur de Van Swieten. Pansement de la plaie ano-périnéale avec l'iodoforme et la vaseline boriquée.

Le 9 novembre, je revois la malade. L'orifice vaginal de la fistule est imperceptible : cependant un stylet fin s'y engage ; le pourtour calleux est notablement assoupli.

Légère cautérisation avec le nitrate d'argent.

Le 15, 16 jours après l'opération, la fistule vaginale est entièrement guérie.

La tranchée périnéale est garnie de bourgeons charnus, un peu pâles, mais suffisants : teinture d'iode, nitrate d'argent.

Le 30, 31 jours après l'opération, guérison de la fistule anale.

Huit mois après, le Dr Delthil me donnait des nouvelles de la malade : la guérison s'était maintenue et l'état général était devenu très satisfaisant.

En résumé, l'opération que je viens de décrire, consiste à transformer une fistule recto-vaginale en une fistule anale simple, justiciable de l'opération ordinaire et en une fistule vagino-périnéale, mise à l'abri de l'action des gaz et des matières, et guérissant par le fait seul de la suppression des causes qui l'entretenaient.

Cette méthode de dédoublement que nous avons appliquée au traitement d'une fistule, nous nous croirions autorisé, le cas échéant, à l'appliquer à la cure d'une communication recto-vaginale plus large, et voici comment nous nous proposerions d'agir.

Après avoir dédoublé la paroi recto-vaginale et dépassé autant que possible les limites de la fenêtre, nous ferions, comme dans le cas de fistule, la section du pont périnéal.

Quant à l'ouverture vaginale, nous lui appliquerions la suture et cette suture présenterait des chances de succès, en raison même de ce fait que les surfaces accolées seraient mises à l'abri du contact nuisible des gaz et des matières, lesquels trouveraient une large voie de décharge dans la

tranchée créée par le dédoublement de la cloison et la section du sphincter anal.

DE L'ACTION DES ANTISEPTIQUES SUR LE PÉRITOINE

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES

Par le Dr **Pierre Delbet**, prosecteur à la Faculté de médecine,
F. de Grand'Maison, interne des hôpitaux, préparateur adjoint au laboratoire d'histologie de la Faculté,
Marcel Brenet, externe des hôpitaux.

Ce mémoire fait suite à des recherches déjà publiées par l'un de nous sur le lavage et le drainage du péritoine. L'ensemble de ces travaux a pour but l'étude de ce qu'on pourrait appeler la *physiologie chirurgicale* du péritoine.

Toutes les expériences, dont nous donnerons la description et les résultats, ont été pratiquées dans le laboratoire de M. Dastre, professeur de physiologie à la Sorbonne. Nous tenons à lui exprimer notre profonde gratitude, car c'est grâce à son extrême bienveillance, que nous avons pu mener à son terme ce travail difficile, qui a nécessité dix mois de recherches expérimentales. Les préparations et les études microscopiques ont été faites au laboratoire d'histologie de la Faculté de médecine. M. le professeur Mathias Duval a bien voulu nous aider de ses conseils, et nous donner de précieux renseignements sur l'interprétation délicate des lésions histologiques que nous avons observées. Nous le prions de croire à notre très vive reconnaissance.

I

INTRODUCTION. — Depuis quelque temps, il est peu de réunions savantes où l'on n'ait discuté la question de l'antisepsie et de l'asepsie. A bien prendre les choses, l'asepsie est cet état supérieur de pureté auquel tend toute la méthode antiseptique avec ses innombrables formules. L'asepsie est

le but, l'antiseptie est le moyen de l'atteindre et il peut paraître étrange qu'on oppose le but au moyen. Mais si les mots ne sont pas très heureux, s'ils choquent la logique, il ne faudrait pas croire cependant qu'il n'y a là qu'une querelle de mots. Ce n'est pas le procès de l'antisepsie qu'on a voulu faire ; puisque les partisans les plus déterminés de l'asepsie emploient pour la plupart la stérilisation par la chaleur, qui est un procédé antiseptique au premier chef. C'est seulement les antiseptiques chimiques qu'on a visés, et surtout les solutions antiseptiques.

Il n'est pas aisé de déterminer les causes ou les origines de ce mouvement qui s'accentue chaque jour davantage. Ce sont les gynécologues, qui paraissent avoir les premiers manifesté la tendance à abandonner l'usage des antiseptiques. Certains d'entre eux et des plus célèbres, Lawson Tait, Bantock, etc, placés dans des conditions matérielles spéciales ne s'en sont jamais servis. Leurs remarquables succès ne pouvaient manquer de tenter leurs collègues en laparotomie, et de susciter des imitateurs. Quoi qu'il en soit, il a été très frappant de voir de chaleureux partisans de l'antisepsie, Veit (1), Saenger (2), renoncer à l'usage des antiseptiques, qu'ils avaient jusque-là employés avec succès. En France, la même tendance existe. Depuis longtemps déjà M. Pozzi est partisan décidé de la suppression des antiseptiques dès que l'abdomen est ouvert. La formule « antisepsie avant, asepsie pendant la laparotomie » a des adeptes de plus en plus nombreux ; et si beaucoup de chirurgiens ou gynécologues se bornent à en être partisans platoniques, c'est parce que les conditions matérielles de leur installation sont trop défectueuses pour leur permettre de l'appliquer.

Pour ce qui est des laparotomies, il est aujourd'hui singulièrement difficile de juger de la suppression des solutions

---

(1) VEIT. Verh. der Gesellsch. f. Geburtsh. und. Gyn. zu Berlin. *Cent. f. Gyn.*, 1889, n° 21.

(2) SAENGER. Verh. der Gesellsch. f. Geb. zu Leipsig. *Cent. f. Gyn.*, 1889, n°s 25 et 32.

antiseptiques par ses résultats. Les chiffres ne sont pas assez considérables, et d'autre part les résultats qu'on obtenait avec les antiseptiques étaient déjà si beaux qu'on ne peut pas espérer les améliorer beaucoup. La mortalité des laparotomies simples était tombée à deux ou trois pour cent. Elle ne peut évidemment diminuer dans de grandes proportions.

Les recherches récentes sur le mécanisme de la résistance de l'organisme à l'infection, ont fait voir que les éléments cellulaires jouent dans la lutte contre les microbes un rôle considérable. Le mode d'action de ces éléments n'est pas encore parfaitement déterminé, mais leur action même est hors de doute. Cette notion de la puissance destructive des éléments cellulaires permet de comprendre comment les antiseptiques peuvent être nuisibles. Les substances antiseptiques ne sont, en somme, que des poisons des micro-organismes. Elles sont toutes toxiques, à des degrés variables pour les organismes plus élevés. Il paraît même exister un certain rapport, impossible à préciser pour le moment, mais véritable, entre la toxicité de ces substances et leur puissance antiseptique.

Les substances antiseptiques étant des poisons pour les microbes, qui ne sont en somme que des organismes unicellulaires, il est légitime de supposer qu'elles sont aussi des poisons pour l'homme, les cellules des organismes plus complexes. S'il en est ainsi, on peut concevoir que les antiseptiques les altérant et détruisant un certain nombre de cellules, diminueront la résistance des tissus, et que si, par hasard, elles laissent survivre quelques microbes, elles pourront favoriser l'infection au lieu d'y mettre obstacle. Naturellement il y a là une question de degré dans la destruction des microbes et dans celle des cellules, qui peuvent modifier le résultat dans un sens ou dans l'autre ; et nous sommes bien

KNOWSLEY THORNTON, qui se sert des antiseptiques est arrivé dans une récente série à une mortalité de 1,88 0/0. Séance d'ouverture de la Société de médecine de Londres, 20 octobre 1890.

loin de vouloir dire d'une manière générale que les antiseptiques favorisent l'infection.

Quand il s'agit de plaies ordinaires, l'altération ou la destruction d'une mince couche de cellules n'a d'autre inconvénient que de favoriser une position, un terrain de culture, aux micro-organismes. C'est déjà ûn inconvénient notable, qui prend de l'importance lorsqu'on se sert d'antiseptiques dits irritants, puisqu'il peut alors devenir nécessaire de faire le drainage pour faciliter l'évacuation des éléments détruits et de l'exsudation qui entraîne leur destruction, mais enfin, derrière les cellules altérées ou détruites, il en reste d'autres, en grand nombre, qui ont la même structure, les mêmes propriétés, et qui peuvent lutter contre l'infection. On peut concevoir que la destruction des microbes compense et au delà la destruction des cellules, et que, par suite, les antiseptiques aient des avantages, lorsque l'asepsie est difficile ou impossible à réaliser. Et cela d'autant plus que les cellules de ces plaies ne paraissent pas avoir une puissance anti-microbienne très considérable.

Pour le péritoine, il n'en va pas de même, d'une part, les cellules endothéliales, qui le recouvrent sont évidemment douées de propriétés très spéciales, ce qui le prouve surabondamment c'est l'incroyable résistance à l'infection du péritoine sain. Les anciennes idées sur la vulnérabilité des séreuses doivent être complètement abandonnées. De tous les tissus, ce sont peut-être ceux qui résistent le plus aux micro-organismes, lorsqu'ils ne sont pas altérés. Les expériences de Paulowsky, de Grawitz, de Laruelle, celles que nous rapporterons dans une autre partie de ce mémoire, mettent clairement ce fait en lumière. Les cellules endothéliales du péritoine jouent un véritable rôle de protection. Est-ce par le mécanisme de la phagocytose ? Cela ne paraît pas probable, puisque Laruelle (1) dans ses très belles recherches sur les péritonites par perforation, n'a jamais

(1) LARUELLE. *La cellule*, t. V, 1[er] fasc., 1889, p. 61.

trouvé un seul microbe dans l'intérieur d'une cellule. Est-ce par la sécrétion d'un poison toxique pour les micro-organismes ? Cela est plus probable. Quoi qu'il en soit du mode d'action, l'action elle-même est incontestable.

D'autre part, les cellules endothéliales du péritoine sont disposées sur une seule couche. Les cellules détruites, il ne reste à leur place, rien qui leur ressemble. Sans doute il est probable que les cellules du tissu conjonctif peuvent remplacer et reproduire les cellules de l'endothélium péritonéal ; mais pour le faire, il leur faut se modifier et acquérir certaines propriétés qu'elles n'ont pas encore au moment où l'endothélium est brusquement détruit. Aussi, par suite de cette destruction, les conditions de résistance du péritoine sont complètement transformées. Au lieu d'une membrane spéciale, douée d'une puissance anti-microbienne énergique, il ne reste plus que du tissu conjonctif vulgaire, n'ayant pour arme que la diapédèse, c'est-à-dire livré presque sans défense à tous les hasards de l'infection.

L'altération ou la destruction des cellules endothéliales du péritoine a donc des conséquences graves, et si les antiseptiques altéraient ou détruisaient ces cellules, leur emploi pourrait être néfaste. Telle est l'idée qui nous a conduit à étudier l'action des antiseptiques sur l'endothélium péritonéal.

II

TECHNIQUE. — Avant d'entrer dans le détail histologique des lésions, nous allons indiquer une fois pour toutes quel a été notre procédé de recherches. Toutes les expériences qui ont eu pour but de déterminer l'action des antiseptiques ont été faites sur des chiens. Voici comment nous avons procédé : l'animal étant endormi, l'abdomen est soigneusement rasé, brossé, savonné et abondamment lavé avec la liqueur de Van Swieten. Tout le champ opératoire est circonscrit par des compresses bouillies dans du sublimé et fixées par des pinces à forcipressure. L'abdomen est

ouvert, et nous attirons doucement une anse au dehors, pour prendre sur chaque animal un morceau de mésentère sain, destiné à servir de point de comparaison. Ce morceau de mésentère est naturellement détaché entre deux vaisseaux pour éviter toute hémorrhagie. L'anse est réduite, et on procède immédiatement au lavage. Nous avons essayé au début d'immerger tout simplement une anse intestinale sortie de l'abdomen dans un vase contenant le liquide à essayer. Mais il se produisait toujours des tiraillements, des frottements de l'anse contre les parois du vase ou contre les compresses ; il nous a paru que cette manière de procéder ne présentait pas toute la précision qu'on est en droit d'exiger de recherches expérimentales. Aussi nous l'avons abandonné pour faire uniquement des lavages de tout le péritoine. L'extrémité d'un entonnoir en verre était placée dans l'incision abdominale et nous versions dans l'abdomen le liquide porté préalablement à une température déterminée. Au bout de cinq minutes, nous prenions un nouveau morceau de mésentère, puis après avoir laissé s'écouler le trop plein, on fait un second lavage pour enlever les substances toxiques. Nous faisions la suture de la paroi à deux étages. Au bout de 2 jours, 4 jours, 10 jours ou davantage suivant les cas, l'animal était mis à mort par section du bulbe et pendant que le cœur battait encore, nous prenions rapidement un ou plusieurs morceaux de mésentère.

Nous ne croyons pas que des recherches de cet ordre aient été faites jusqu'ici. Thadeus von Dembowski (1) dans un intéressant mémoire sur les causes des adhérences péritonéales après la laparotomie, raconte qu'il les a tentées. Mais tous les animaux sont morts d'intoxication rapide. Ce n'est qu'en employant le procédé de lavage (2) décrit par l'un de nous que nous avons pu les réussir.

(1) THADEUS VON DEMBOWSKI *Arch. f. Klin. Chir.*, vol. XXXVII, 4e f., p. 745.

(2) DELBET. *Acad. de méd.*, 19 juin 1889, et *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1889,

Il nous reste à indiquer quelle technique histologique nous avons suivie. Pour recueillir les fragments de mésentère, nous glissions sous lui, entre deux vaisseaux, une lamelle que nous faisions adhérer sans interposition d'air. Puis renversant la lamelle, alternativement dans tous les sens, de manière à tendre le mésentère, nous coupions celui-ci avec de fins ciseaux à deux millimètres environ en dehors des bords de la lamelle de telle sorte que la partie périphérique du fragment détaché se recroquevillait par une élasticité du côté libre de cette lamelle. Ce procédé, employé par Toupet (3), offre de grands avantages. Il permet d'avoir des préparations à peu près également tendues; en outre, il évite toutes les manipulations qui pourraient altérer l'endothélium. En effet le morceau, grâce au recroquevillement de ses bords, est définitivement fixé par la lamelle, et la préparation est montée dans le baume sans qu'il bouge.

Les pièces recueillies ainsi sur l'animal encore vivant, et tendues par l'artifice que nous venons d'indiquer, étaient rapidement trempées dans l'eau distillée, et immédiatement plongées dans une solution aqueuse de nitrate d'argent à 1/200. Dès que la préparation prenait une teinte louche, ce qui se produit au bout d'une à deux minutes environ, elle était retirée du bain d'argent et plongée de nouveau pendant quelques secondes dans l'eau distillée. Enfin, après déshydratation par l'alcool absolu et l'éclaircissement à l'essence de girofie, elle était montée dans le baume au xylol.

Pour colorer les noyaux, nous avons suivi deux techniques différentes. Dans une première série de préparations nous avons recueilli les pièces dans l'alcool absolu ou le liquide azotique de Klesnenberg, et nous avons coloré suivant les cas par la safranine, la carmin de Grenacher, l'hématoxyline. Ces préparations déshydratées et montées dans le baume au xylol, les noyaux étaient très nets. Ces noyaux ne présentaient pas d'altération, et comme les contours cellulaires n'avaient

---

(3) Toupet. Th. de Paris, 1887

pas été fixés par les imprégnations du nitrate d'argent, il était impossible d'étudier les noyaux dans leurs rapports avec les cellules. C'est alors que, sur les conseils de M. le professeur Mathias Duval, nous avons cherché à colorer simultanément les contours cellulaires par l'argent, et les noyaux par la safranine. Nos tentatives n'ont pas été couronnées de succès. Nous n'avons jamais réussi à bien colorer simultanément les noyaux et les contours cellulaires. Il semble que les imprégnations argentiques lorsqu'elles sont bien réussies, mettent obstacle à la coloration des noyaux.

Comme dans les préparations où les noyaux seuls avaient été colorés, nous n'avions pas trouvé d'altérations, nous nous sommes surtout attachés à étudier le résultat des imprégnations d'argent. Ce sont ces résultats que nous décrirons.

III

NATURE DES ALTÉRATIONS PRODUITES PAR LES ANTISEPTIQUES SUR LES CELLULES ENDOTHÉLIALES DU PÉRITOINE. — Les divers liquides antiseptiques produisent sur les cellules endothéliales du péritoine des altérations, non pas du même degré, mais du même ordre. Aussi allons-nous décrire d'abord les altérations avec leurs différentes phases avant d'entrer dans le détail des modifications produites par chacun des antiseptiques. Lorsque nous étudierons l'action spéciale de chaque substance en particulier, il suffira de renvoyer à la description générale. Ce plan permettra d'offrir une vue d'ensemble d'une altération particulière des cellules ; il permettra en outre, d'éviter bien des répétitions fastidieuses, et de comparer plus fructueusement l'action de chaque anti septique.

1er stade. *Rétraction angulaire.* — Voici d'abord une première figure, représentant les cellules endothéliales du péritoine normal d'un chien. Les contours cellulaires sont délimités par le nitrate d'argent. Cette figure servira de point de comparaison pour les autres. Nous y avons fait représen-

ter deux cellules qui sont devenues granuleuses et qui ont pris une couleur gris foncé sous l'influence de l'imprégnation au nitrate d'argent. Il est rare en réalité qu'on rencontre sur le péritoine normal deux cellules ayant cet aspect sur un espace aussi restreint. Mais sur les préparations un peu éten-

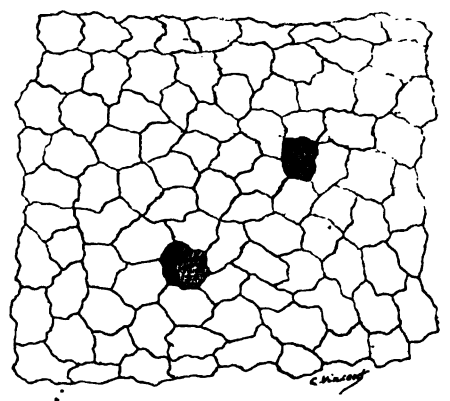


FIG. I. — *Péritoine normal.*

dues, on en trouve toujours quelques-unes, au moins lorsqu'il s'agit du péritoine du chien. Nous dirons plus loin pourquoi nous avons tenu à les faire représenter.

La première modification qui se produise sous l'influence des liquides antiseptiques paraît être une sorte de rétraction de la cellule. Cette rétraction s'accuse particulièrement aux angles et surtout aux angles les plus aigus. Ces angles cellulaires paraissent se rapprocher du centre, ils s'écartent des cellules voisines en entraînant le ciment intercellulaire. Cette *rétraction angulaire* se manifeste sur les pièces imprégnées d'argent par des points noirs qui occupent les angles des cellules. Ces points noirs existent parfois dans les préparations de péritoine normal. Mais on en rencontre tout au plus deux ou trois sur une préparation ; jamais on n'en voit un aussi grand nombre que sur les péritoines qui ont subi l'action des antiseptiques. Là ils sont si nombreux que les préparations présentent une sorte d'aspect stellaire ; les

points noirs formant le centre et les contours cellulaires les rayons de l'étoile. C'est cet état qui est représenté par la figure II.

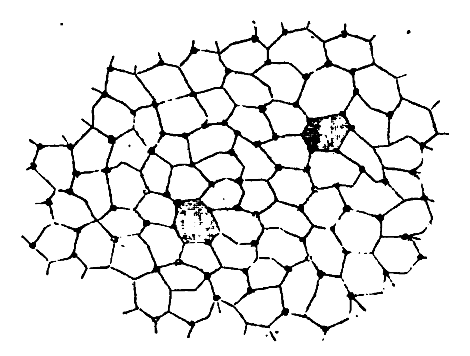


FIG. II. — 1er stade. *Rétraction angulaire. Aspect stellaire.*

Lorsqu'on regarde les points noirs angulaires avec un fort grossissement, on voit que leur contour est un peu plus foncé que leur centre. On dirait que le ciment intercellulaire, qui fixe l'argent, tiraillé par suite de la rétraction cellulaire, a été entraîné par les bords des cellules voisines, et qu'il en reste plus au contact des cellules, que dans l'espace vide laissé par leur écartement.

2e stade. *Rétraction angulo-marginale.* — La rétraction cellulaire plus accentuée ne se borne pas aux angles, elle porte également sur les bords de la cellule ; elle est devenue angulo-marginale. Elle se manifeste d'abord sur les pièces qui ont subi l'imprégnation argentique par une série de points noirs, disposés sur les bords de la cellule comme les grains d'un chapelet. On se rend très nettement compte de cet état sur la figure III.

Il semble que la rétraction ne porte pas également sur toute l'étendue du bord de la cellule ; elle est plus accentuée en certains points. En ces points les bords des deux cellules voisines s'écartent davantage, ils entraînent le ciment intercellulaire, et les points noirs se forment sous l'influence de l'imprégnation au nitrate d'argent, par le même mécanisme

que les points angulaires. A mesure que l'altération progresse, les points noirs se multiplient, se rapprochent, deviennent

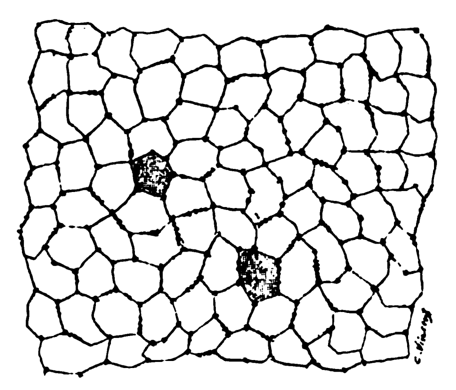


FIG. III. — 2e stade. *Rétraction angulo-marginale.*

tangents les uns aux autres, et finalement se confondent en partie. Alors on trouve tout le contour cellulaire épaissi. Au lieu d'être marqué par une mince ligne finement ondulée,

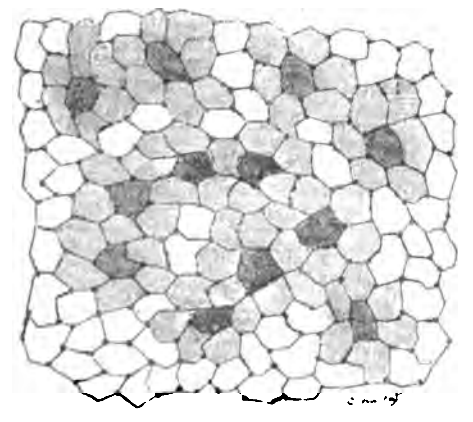


FIG. IV. — 3e stade. *Fragmentation de la cellule.*

comme dans la figure I, il s'accuse par un fort trait noir, comme dans la fig. IV et V. La formation des points noirs marginaux ne s'observe pas d'une manière constante. Avec

les solutions fortement altérantes on trouve déjà au bout de cinq minutes d'action les contours cellulaires marqués par de forts traits noirs (fig. V).

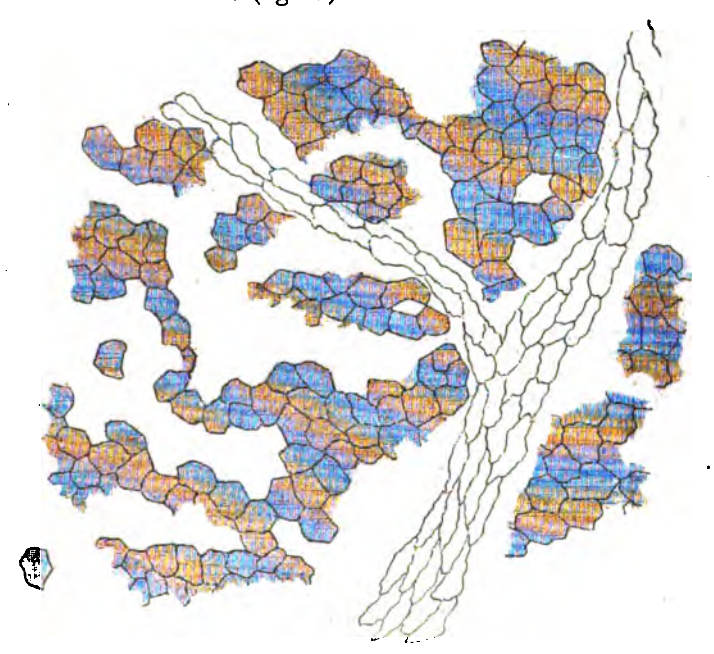


FIG. V. — 4ᵉ stade. *Desquamation partielle.*

3ᵉ stade. *Fragmentation de la cellule.* — Les cellules après s'être rétractées deviennent granuleuses. Il semble que le protoplasma soit divisé en petits fragments qui fixent l'argent. Sous l'influence de ce réactif, les cellules prennent une coloration grise plus ou moins foncée. Au début de ce stade, la coloration grise ne se montre qu'au niveau des angles et aux bords; puis, elle envahit la cellule tout entière. Parfois, on distingue le noyau, qui tranche en clair sur les parties voisines plus sombres. L'aspect des cellules varie : les unes sont d'un gris très clair, transparent, comparable à certaines vitres dépolies ; d'autres sont beaucoup plus foncées, presque noires.

Souvent on trouve, comme dans la fig. IV, des groupes formés de vingt ou trente cellules devenues toutes granuleuses. Celles de la périphérie sont plus claires ; celles du centre plus foncées. Autour de ces groupes très altérés on trouve des zones qui ne présentent que des altérations du premier ou du second degré.

4ᵉ stade. *Desquamation.* — Les cellules dont le protoplasma est fragmenté peuvent être considérées comme détruites : elles n'ont plus qu'à se détacher et à tomber ; c'est ce qui caractérise le 4ᵉ stade, ou stade de desquamation. La manière dont les cellules se détachent est très frappante. Au lieu de tomber d'une seule pièce, comme une tuile qui se détache d'un toit, certaines cellules se fendillent et se détachent par lambeau, comme des pierres qui s'effritent. On trouve des cellules, qui ont perdu les deux tiers ou les

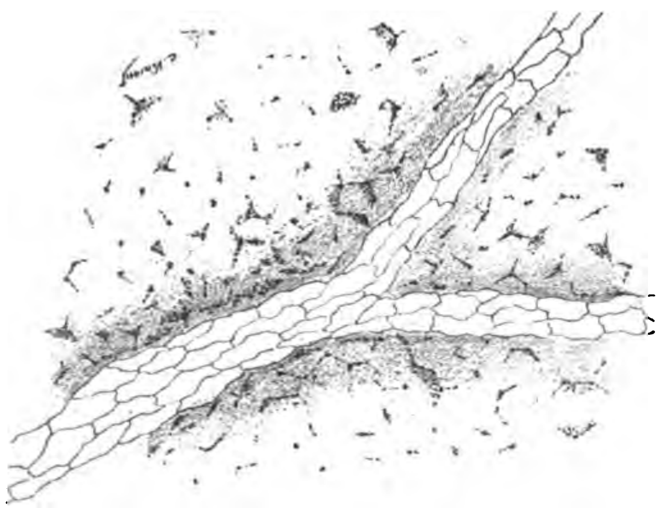


Fig. VI. — 4ᵉ stade. *Desquamation totale.*

trois quarts de leur masse, et dont un petit fragment est resté adhérent aux cellules voisines. Cet état est très fidèlement représenté sur la figure V. On y voit des cellules restées en place d'un gris très foncé qui forment des travées irré-

gulières. Entre ces cellules de larges places blanches, où le revêtement endothélial a disparu. Sur les bords de ces places blanches, où la trame du péritoine persiste seule, on voit des fragments de cellules qui sont restés adhérents aux cellules voisines. Au milieu de la préparation passe et se bifurque un vaisseau dont les cellules sont tout à fait normales.

Enfin dans le dernier degré de ce quatrième stade, le revêtement endothélial est complètement détruit. Il ne reste plus une seule cellule en place : on ne trouve que des débris informes, noircis par l'argent. Par places les débris rappellent vaguement la forme des cellules détruites, comme s'il était resté un peu de ciment intercellulaire sur la membrane anhiste. On peut voir cette disparition sur la figure VI. Le fond de la préparation prend un aspect fibrillaire et ne fixe ni le nitrate d'argent, ni les réactifs colorants. Sur la figure VI, on voit un vaisseau dont les cellules endothéliales sont tout à fait normales. C'est là un fait important, que nous signalons une fois pour toutes. Jamais, même lorsque l'endothélium péritonéal est complètement détruit, nous n'avons trouvé la moindre modification de l'endothélium vasculaire.

Quelle est la nature des altérations cellulaires que nous venons de décrire ? Ciaccio (1), Swaen (2) ont observé sur l'épithélium postérieur de la cornée des figures analogues à celles que nous avons reproduites. M. Ranvier (3) en traitant le même épithélium par le nitrate d'argent après l'action de l'alcool au 1/3, a constaté que les cellules se rétractaient et prenaient l'aspect de petits lambeaux cousus les uns aux autres. Prenant (4) a soigneusement étudié ces phénomènes. Nous n'insisterons pas sur ces études qui ont porté sur la membrane de Descemet et non sur le péritoine. Si nous les

---

(1) CIACCIO. *Osservationi intorno alla membrana del Descemet e al suo endothelio.* Bologna, 1875.

(2) SWAEN. *Des éléments cellulaires et des canaux plasmatiques dans la cornée de la grenouille.* Bruxelles, 1876.

(3) RANVIER. *Leçons d'anatomie générale.* La cornée, 1881.

(4) PRENANT. *Journal de l'anat. et de la phys.*, 1886, p. 351.

avons signalées, ce n'est pas seulement parce que les figures fournies par les imprégations positives ressemblent à celles que nous avons obtenues, c'est surtout en raison des interprétations qui ont été données de ces figures. Quelques auteurs ont pensé qu'il existait normalement entre les cellules de la membrane de Descemet des pores circonscrits par des prolongements cellulaires. Il est inutile de nous arrêter à cette interprétation, il est bien évident qu'elle ne peut s'appliquer au péritoine ; puisque dans toutes les imprégnations du péritoine sain, les contours cellulaires s'accusent seulement par une ligne très fine et très régulière. D'autres ont pensé que les figures en question étaient dues à une rétraction ou même à une contraction de la cellule. Pour M. Ranvier la rétraction seule est en jeu; la contractilité n'est pour rien dans l'affaire.

Preiss (1) dit avoir fait une observation qui prouverait le rôle de la contractilité. On sait que sans le secours des réactifs, sur une cornée fraîche, on ne distingue pas les cellules de l'épithélium postérieur. En faisant agir une solution de sel de cuisine, ou une solution de nitrate d'argent à 1 pour 400, il aurait vu les cellules apparaître, puis s'écarter les unes des autres en restant unies par des anastomoses intercellulaires. Enfin, au bout de quelques secondes, les cellules se juxtaposent de nouveau et bientôt redeviennent invisibles. Prenant semble admettre également que sous l'influence des réactifs il se produit une rétraction et une perte de contraction active de la cellule. Ce serait absolument sortir du cadre de ce travail que d'étudier la structure histologique de la substance contractile, et de nous engager plus avant dans ce débat.

Tout ce que nous pouvons dire, c'est que dans les altérations du premier et du second degré les cellules endothéliales du péritoine semblent diminuer de volume, et s'écartent légèrement les unes des autres. Pour désigner ce phénomène,

(1) PREISS. *Arch. de Virchow*, 1884.

nous avons adopté le mot rétraction, qui indique simplement le fait physique sans rien préjuger de sa nature biologique. Y a-t-il là un certain degré de contractilité ? Nous l'ignorons. Quoi qu'il en soit, il est probable que les altérations ont peu de gravité, et qu'elles ne compromettent pas immédiatement la vie de la cellule.

Les altérations du troisième et du quatrième degré paraissent avoir été entrevues par Laruelle (2).

En traitant par le nitrate d'argent des péritoines enflammés, il a obtenu des imprégnations très irrégulières. Les figures jointes à son mémoire ressemblent beaucoup à certaines des nôtres. Mais l'interprétation qu'il en donne est très singulière. Ainsi pour une planche, qui rappelle notre figure V, il pense que les places blanches correspondent aux cellules, et que les parties noires qui ont fixé l'argent sont celles où le revêtement endothélial a disparu. Du reste la partie histologique est tout à fait accessoire dans son travail, qui est surtout bactériologique.

Les altérations du troisième degré paraissent très graves ; les cellules endothéliales du péritoine dont le protoplasma est modifié au point de fixer l'argent dans toute son étendue, sont des cellules bien près de tomber. En effet, dans toutes les préparations où les cellules ont subi en grand nombre cette imprégnation positive totale, on trouve presque toujours quelques trous dans le revêtement cellulaire des points où les cellules endothéliales manquent. D'autre part, on ne trouve jamais de desquamation que dans les points où les cellules qui restent encore en place sont d'un gris foncé. On peut même dire que toutes les cellules qui tombent ont subi la modification qui leur permet de fixer l'argent, puisque toutes les fois qu'une cellule s'effrite et se détache par fragments, la portion qui reste attenante aux cellules voisines est toujours colorée en gris (voir fig. V).

C'est là un fait très important, qui va peut-être nous per-

(2) LARUELLE. *La cellule*, 1889, p. 61.

mettre d'interpréter la nature de ces altérations. Dans le péritoine sain, on trouve parfois quelques caillots, qui présentent absolument le même aspect que les cellules altérées ci-dessus décrites, points angulaires, points marginaux, fragmentation du protoplasma, imprégnation totale par l'argent. Dans la figure I, qui représente un péritoine normal, on voit deux cellules, sur lesquelles nous avons déjà appelé l'attention, qui sont devenues d'un gris foncé sous l'influence de l'imprégnation argentique. Il est légitime de supposer, sans qu'on puisse l'affirmer toutefois, que deux cellules d'un même endothélium, qui se comportaient d'une manière spéciale et identique vis-à-vis des réactifs, doivent être dans un même état physiologique spécial, et doivent avoir un sort commun. Ayant constaté que les cellules du péritoine altéré par les antiseptiques, qui fixent l'argent dans leur totalité sont vouées à la desquamation, nous sommes portés à croire que les cellules du péritoine normal qui fixent aussi l'argent sont de même destinées à tomber pour céder leur place à d'autres. Ce sont des cellules vieilles, caduques, usées, qui ont fini leur temps. S'il en est ainsi, on peut dire que les antiseptiques hâtent l'évolution régulière des cellules endothéliales du péritoine, et produisent une caducité précoce de ces éléments. M. le professeur Mathias Duval accepte cette interprétation et l'appuie de toute sa haute autorité.

(A suivre.)

REVUE GÉNÉRALE

DE LA POSITION ÉLEVÉE DU BASSIN DANS LA CHIRURGIE ABDOMINO-PELVIENNE

Par le Dr **R. Labusquière**

C'est une notion banale que les positions diverses prises par un sujet influent sur la statique abdomino-pelvienne, sur la disposition réciproque des viscères abdomino-pelviens.

Et ces modifications de rapports, qui dérivent soit des oscillations de la pression intra-abdominale, soit des effets différents de la pesanteur liés aux changements de position, acquièrent parfois une importance telle que, sans leur utilisation, certaines opérations seraient extrêmement difficiles, inexécutables même. Sans insister davantage sur ce point, il suffit de rappeler les services que rendent le décubitus dorso-sacré, la position de la taille, la position dite de Sims, etc. Dans ces derniers temps, un chirurgien allemand, Treundelenburg (1) a mis en relief les grands avantages, pour certains actes chirurgicaux, d'un décubitus spécial « *la position élevée du bassin* » (Beckenhochlagerung), qu'il a utilisé et qu'il recommande pour la cystotomie sus-pubienne, pour les opérations intra-péritonéales dans l'excavation pelvienne et dans la région inférieure de l'abdomen (résection de l'intestin pour la cure de l'anus contre nature, opération des myômes). Depuis cette intéressante communication, un certain nombre de chirurgiens (Werth, Lange, Veit, Léopold, Kocks, etc.) s'en sont occupés ou y ont eu recours, en ont reconnu les avantages tout particuliers, et s'accordent à lui reconnaître ce mérite capital, qu'*il découvre, non seulement à l'opérateur, mais aux assistants, le champ opératoire mieux que ne saurait le faire tout autre mode de décubitus*.

En réalité, il ne s'agit pas d'une chose absolument nouvelle. Et, dans un article fort détaillé, un autre chirurgien allemand, Kocks (de Bonn) (2), revendique la priorité, tout au moins de l'utilisation de ce mode de décubitus dans les opérations intra-péritonéales. Textes en main, il établit qu'il l'a utilisé dès 1879, à l'occasion de sa première hystérectomie totale, et qu'il en formula, à cette époque, le principe en termes fort précis.

D'autre part, il fait la remarque que, dans la 2e édition de

(1) Ueber Blasenscheidenfisteloperat. u. über Beckenhochlagerung bei operationen in der Bauchhöhle. *Samml. klin. Vort.*, n° 355.

(2) *Deutsch. med. Wochschr.*, 1890, n° 17, p. 351.

leur gynécologie opératoire, Hégar et Kaltenbach (1), au chapitre de l'hystérectomie abdominale, ont décrit ce décubitus, les modifications qu'il entraîne dans la situation réciproque des viscères abdominaux pelviens, et les avantages qui en découlent. Pour lui, le *vrai mérite de Trendelenburg, est d'avoir justement apprécié l'action qu'exerce sur la pression intra-abdominale la position élevée du bassin, et d'avoir su faire bénéficier la chirurgie de la vessie des conditions favorables qu'elle crée.*

II

La figure ci-jointe, empruntée à un article de Leopold sur le même sujet (2), donne une bonne idée de ce mode de décubitus recommandé par Trendelenburg, ainsi que de la situation respective du chirurgien et de ses aides. Le chi-



rurgien, il est vrai, se place suivant ses habitudes, de tel côté qu'il lui plaît. Mais, placé à droite, le bras qui opère

(1) *Trait. de gyn. opér.* Trad. franç., 1885, p. 827.

(2) *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 42 p. 746.

trouve, ainsi que le fait remarquer Léopold, un point d'appui sur la cuisse correspondante de la malade. La table d'opération représentée dans la figure est un modèle spécial, fort commode, car il permet d'accentuer plus ou moins l'inclinaison du bassin, et surtout, si l'indication s'en présente, de remettre immédiatement la femme dans la position horizontale. Mais, cette table spéciale n'est pas absolument nécessaire et, dans les conditions ordinaires de la pratique, on peut très bien, à l'exemple et conformément au conseil de Kocks (1), improviser sur-le-champ, un dispositif suffisant: une table ordinaire et un matelas, entre lesquels on glisse, à l'un des bouts, des oreillers, des coussins et de préférence des objets résistants, non dépressibles, qui maintiennent mieux la position voulue (2).

III

La femme étant placée, comme il est indiqué dans la figure, et la portion supérieure du corps étant la plus rapprochée de la fenêtre, la lumière tombe directement sur la région abdominale. Mais, en ce qui concerne les effets de la position élevée du siège sur les organes abdomino-pelviens, il y aurait lieu, suivant Kocks, de les étudier en tenant compte d'une condition importante, selon lui: *le péritoine est-il ou n'est-il pas ouvert ?* Car, dans le premier cas, la pesanteur, seule, intervient, tandis que, dans le second, à l'action de la pesanteur s'ajoutent les effets de la pression atmosphérique.

1° *Effets de la position élevée du siège dans les opérations*

(1) *Loc. cit.*

(2) On peut même se servir, comme le fait à Paris M. Terrier, du lit de Mariaud si communément employé dans les laparotomies, élevant, à l'aide de la crémaillère le siège de la malade au maximum et laissant abaissée la partie du lit qui soutient les épaules et la tête de la malade. L'élévation du bassin, ainsi obtenue, tout en étant bien moindre que celle préconisée par les gynécologistes allemands, est néanmoins des plus utiles et dégage, dans une certaine mesure, l'excavation.

intrapéritonéales. — Dans le passage de la gynécologie opératoire, de Hégar et Kaltenbach (1), que Kocks cite tout au long dans son article, ces auteurs s'expriment comme il suit : « La malade est couchée de telle sorte que la partie supérieure du tronc soit dirigée du côté de la fenêtre et située plus bas que le bassin et les membres inférieurs. L'angle formé par la colonne vertébrale et le plan du détroit supérieur est ainsi augmenté, et il est possible de regarder plus aisément dans la cavité pelvienne. Le ventre ouvert, si les intestins sont bien vidés, ils se précipitent généralement d'eux-mêmes dans la portion supérieure de l'abdomen... ». Léopold (2) qui a eu recours à la position de Trendelenburg dans une série de 64 laparotomies, énumère de la façon suivante les avantages qu'il a reconnus à ce mode de décubitus, « les intestins s'abaissent vers le diaphragme, le bassin devient libre. Il est facile à l'aide d'une éponge volumineuse et large de repousser l'intestin, et il devient tout à fait inutile de le sortir dans le but de se rendre compte de conditions plus ou moins compliquées dans le bassin... L'intestin étant maintenu du côté du diaphragme, on constate dès lors facilement les adhérences entre l'utérus et les anses intestinales ; les diverses variétés de salpingite chronique, d'oophorite, la disposition actuelle des organes malades, les grossesses tubaires au début ; on peut suivre très distinctement les diverses variétés de ligature et de suture du moignon ; la suture transversale du péritoine pelvien après l'extirpation totale de l'utérus par en haut, etc. »

2° *Effet de la position élevée du siège quand la cavité péritonéale n'est pas ouverte.* — Non seulement ici, comme dans le cas précédent, la pesanteur tend à entraîner la masse des viscères abdominaux vers le diaphragme, mais, en raison de l'abaissement énorme de la pression intra-abdominale expérimentalement constatée par Trendelenburg, la pres-

(1) *Loc. cit.*
(2) *Loc. cit.*

sion atmosphérique développerait l'espace prévésical, et par suite découvrirait largement la vessie au chirurgien. Aussi, Kocks compare-t-il les avantages associés à la position élevée du siège pour la cystotomie sus-pubienne, et pour les opérations qui se pratiquent par la voie vésicale, à ceux qu'offre la position de Sims pour les opérations sur le vagin et sur le rectum. D'ailleurs, Trendelenburg a utilisé, et avec succès, la voie vésicale pour le traitement de certaines fistules vésico-vaginales moins accessibles par la vagin.

Les *inconvénients*, qui peuvent résulter de la position élevée du siège seraient rares et de peu d'importance. Ils se réduisent, d'après Léopold, à quelques cas de cyanose légère et à quelques exacerbations de la toux après l'opération chez des sujets atteints de bronchite. Jamais il n'est survenu de complication sérieuse. « *Les avantages de la position élevée du bassin dans toutes les laparotomies sont si marqués, écrit le même auteur* (1), *que, dans aucune laparotomie et particulièrement dans les cas difficiles, je ne désire en utiliser aucune autre.* »

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

Décembre 1890

Traitement des salpingites.

M. Pozzi a opéré, dans son service, pendant le dernier semestre, 25 salpingites, avec 1 décès. Dans ce dernier cas, la poche s'était rompue et il y avait eu si peu de pus épanché que M. Pozzi avait cru pouvoir se dispenser du lavage et du drainage. Il conseille une incision petite, laissant juste passer le doigt, il faut chercher à sentir et non à voir. Autant que possible il faut décortiquer les poches sans les ponctionner : l'opération est beaucoup plus facile.

(1) *Loc. cit.*

Pour drainer, la méthode de Mikulicz est excellente. M. Audry (de Lyon) lui a reproché récemment l'intoxication iodoformée : on n'en a pas si, comme M. Pozzi, on a soin d'employer de la gaze aussi peu iodoformée que possible. La paroi abdominale doit être suturée en étages. Enfin M. Pozzi, insistant sur la fréquence des adhérences à l'appendice vermiculaire, se demande si, en l'absence de toute infection génitale, il ne peut pas y avoir là une cause de salpingite droite, et il relate deux cas où cette étiologie est vraisemblable.

L'existence d'une poussée fébrile est une indication à opérer immédiatement et non à temporiser. La fièvre, dans ces cas, est due non pas à la suppuration tubaire, mais à la péritonite péri-salpingienne. Cette péritonite peut d'ailleurs être apyrétique et ne se manifester que par une accélération du pouls, parfois avec des vomissements porracés et des accidents d'occlusion.

L'incision par le vagin peut être une opération palliative de nécessité ; ce ne sera jamais l'opération de choix. M. Pozzi a actuellement dans son service, pour un abcès pelvien, une femme qui a été opérée de la sorte et a toujours souffert depuis. Ce ne peut être qu'une opération incomplète. De même, d'ailleurs, l'hystérectomie vaginale, malgré son radicalisme apparent. Il y a des poches éloignées, inaccessibles par cette voie.

Péritonite tuberculeuse.

M. Routier présente une jeune fille qui, après une laparotomie pour péritonite tuberculeuse, reste guérie depuis 2 mois et a engraissé de 16 livres.

M. Terrillon a déjà communiqué ici un fait analogue ; la guérison se maintient.

M. Kirmisson. — M. Routier a-t-il fait l'examen histologique et bactériologique ?

M. Routier répond négativement.

M. Terrier. — Ce serait pourtant important pour juger cette question encore en suspens. M. Terrillon a fait l'étude histologique, mais pas d'inoculation. Les faits de ce genre sont si différents de ce que nous voyons pour toutes les autres tuberculoses locales qu'il faut les étayer scientifiquement. J'ai actuellement à l'hôpital Bichat une malade en train de guérir, mais après un drainage prolongé ; cette fois des inoculations ont été faites et ont établi la nature bacillaire de la maladie.

Kyste dermoïde. Occlusion intestinale.

M. Routier lit un rapport sur une observation de M. Ricard. Il s'agit d'une femme de 24 ans, prise brusquement 4 jours auparavant d'occlusion intestinale : sans diagnostic précis M. Ricard fit la laparotomie. Il trouva autour d'une tumeur de la région ovarienne une tumeur entourée d'anses intestinales adhérentes et affaissées, libéra ces anses et enleva la tumeur. C'était un petit kyste dermoïde, situé à côté de l'ovaire dont le tissu était reconnaissable. Les adhérences étaient probablement anciennes. La cause exacte de cette occlusion reste obscure ; mais la malade a guéri et cela prouve qu'en cas d'occlusion il ne faut pas hésiter à ouvrir le ventre.

M. Berger cite à ce propos une observation assez complexe. Il a débridé une énorme hernie ombilicale, peu tendue, peu douloureuse chez une femme atteinte d'occlusion et a trouvé que la cause était un volvulus d'une anse de l'intestin grêle, volvulus maintenu par une bride assez dure. L'anse une fois détordue, aucune bride ne fut plus sentie. Il en existait une cependant, comme l'autopsie le prouva, allant d'un gros fibrome utérin au bord mésentérique de l'intestin, et c'est autour de cette bride que l'anse s'était tordue. Il y a quelques observations analogues, une en particulier de Lauenstein

M. Bouilly. — Dans ces occlusions compliquant les tumeurs abdominales, la péritonite est le facteur étiologique principal même quand le néoplasme est énorme, il ne cause que rarement de la compression proprement dite.

M. Routier reconnaît que le diagnostic de la cause exacte est souvent très obscur. Il ignore par exemple quelle elle était chez un de ses opérés, guéri par la laparotomie. Une fois il a opéré une hernie ombilicale, peu tendue d'ailleurs, et n'y a rien trouvé : la malade étant morte, l'autopsie a révélé un cancer du côlon descendant.

Récidive des kystes de l'ovaire.

M. Schwartz lit un rapport sur une observation de M. Michaux relative à une opérée de M. Labbé. Cette femme, aujourd'hui âgée de 63 ans, a subi il y a 4 ans l'ovariotomie pour un kyste non adhérent, uniloculaire, à paroi mince et non végétante. Ce kyste semblait cliniquement être absolument bénin. Mais au bout de

3 ans 1/2 la cicatrice commença à devenir néoplasique et 6 mois plus tard M. Michaux constata là une production ayant tous les caractères d'un cancer avec une adénopathie spécifique de l'aine. Il faut peut-être admettre avec M. Michaux, qu'il s'agit d'une greffe dans la plaie pariétale, mais, vu l'intégrité probable de la cavité abdomino-pelvienne, on ne saurait affirmer, ajoute M. Schwartz, que ce n'est pas un cancer de la cicatrice indépendant du kyste initial.

M. Routier a opéré il y a quelques semaines, une femme de 54 ans pour un sarcome ovarien très pédiculisé, sans pullulation péritonéale. La malade alla opératoirement très bien, mais au bout d'une quinzaine de jours apparurent sur la cicatrice deux bourgeons d'aspect sarcomateux et l'examen histologique démontra qu'ils avaient cette structure. Mais ce qui doit faire faire quelques réserves, c'est que des cautérisations au thermo cautère suffirent à amener une cicatrisation qui ne s'est pas démentie. La malade a actuellement des douleurs lombaires qui font redouter une généralisation viscérale.

M. Terrillon relate deux cas très nets de greffe péritonéale de kyste de l'ovaire opérés de 15 jours à 3 semaines après leur rupture dans le ventre, trouvé lors de l'intervention plein de matière gélatineuse, et même dans un cas il y avait sur l'intestin une greffe déjà effectuée qui fut extirpée et ne repullula pas. Mais chez ces deux malades une tumeur abdominale reparut au bout de quelques mois, et chez toutes deux elle fut trouvée constituée par une greffe épiploïque et enlevée, avec un succès opératoire complet. La masse était fort volumineuse, pesant environ 5 kilogr. Une de ces femmes n'est opérée que depuis 20 jours, et dès lors le pronostic définitif doit être réservé, mais il est à remarquer que l'autre a déjà 18 mois de survie et n'a pas actuellement de nouvelle récidive.

M. Lucas-Championnière. — Les greffes pariétales sont incontestables : les exemples n'en sont pas très rares au niveau des coups de trocart à la suite d'une simple ponction. Mais le fait de M. Michaux, en l'absence d'autopsie ou d'opération, n'est malheureusement pas très probant. Il n'est pas possible d'affirmer qu'il n'y ait rien dans le ventre. D'autre part, ces greffes ne sont qu'un degré de la généralisation péritonéale ou viscérale : c'est toujours le même processus, semblable à celui des autres tumeurs malignes. Cette évolution maligne, d'ailleurs, nous ne pouvons pas la pré-

voir à l'avance. En général, sans doute, l'aspect extérieur des kystes nous donne des renseignements assez exacts. Mais quelquefois nous sommes en défaut. Néanmoins il doit y avoir, entre ces tumeurs bénignes et malignes des différences de structure que nous ne connaissons pas encore, mais qui sont plus que probables.

M. Bouilly a opéré une femme chez laquelle il se demande si un petit papillome ombilical, d'aspect très bénin, n'a pas provoqué une généralisation péritonéale. Cette femme fut opérée au début de 1889 pour des fibromes utérins pédiculés, dont un en voie de transformation kystique. En même temps, M. Bouilly lui excisa largement, par occasion, un petit papillome ombilical. Or, elle est morte en janvier 1890 avec les signes d'un cancer de l'épiploon, puis d'une ascite cancéreuse. On ne saurait rapporter cette généralisation aux fibromes utérins. Serait-ce donc au papillome ombilical ?

M. Quénu. — Entre les kystes bénins et les kystes malins il y a évidemment une différence clinique. Mais il est impossible d'accorder à M. Championnière qu'il y ait une différence histologique ; nous ne pouvons pas nous baser sur la structure pour porter un pronostic. C'est l'aspect macroscopique vegétant qui nous fournit le meilleur critérium, et encore cela n'a-t-il rien d'absolu. De plus, il faut bien distinguer les récidives et les continuations du mal. Les continuations, par exemple, étaient fréquentes autrefois quand on traitait les pédicules, incomplètement faits, par la méthode extra-péritonéale. Aujourd'hui, elles sont rares au pédicule, mais n'y a-t-il pas souvent au moment où on opère des granulations péritonéales? De ces granulations certaines sont purement inflammatoires mais d'autres sont épithéliales, et leur aspect à l'œil nu ne permet souvent pas de les distinguer.

M. Lucas-Championnière proteste contre cette prétention de l'histologie. Toutes les tumeurs, bénignes ou malignes, sont de structure épithéliale et jusqu'à présent les histologistes les confondent parce qu'ils ne trouvent pas de différences entre elles. Mais ce n'est pas un motif pour dire qu'il n'y a pas de différence. On ne la connaît pas actuellemeut, c'est tout ce qu'on peut dire actuellement.

M. Terrillon a opéré 7 kystes rompus, tous rompus depuis 15 jours au moins. Or, deux fois seulement il y a eu infection péritonéale, les 5 autres cas ayant eu l'évolution de kystes bénins,

mais rien ne peut actuellement faire prévoir ces différences de pronostic.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS

Séances de décembre.

Foie et éclampsie puerpérale. — M. BOUFFE a observé dans le service de M. Champetier de Ribes une femme éclamptique morte brusquement. A l'autopsie, on a trouvé les hémorrhagies interstitielles caractéristiques du foie, mais le fait particulier est qu'il y a un vaste hématome sous la capsule de Glisson. Cette capsule s'est rompue en un point et le sang a pu s'épancher dans la cavité péritonéale.

M. PILLIET fait remarquer cet état du foie, d'aspect gomme gutte, avec hémorragies interstitielles occupant exclusivement le système porte ; et dans l'espèce le cadavre a été injecté à la gélatine, ce qui a permis de bien démontrer l'intégrité du système sus-hépatique. Les hémorrhagies hépatiques sont constantes dans l'éclampsie et sans doute elles y ont un rôle pathogénique prédominant (voyez sur ce point la *Revue* de M. Pilliet, dans la *Gazette hebdomadaire,* 1890, n° 30, p. 348). Mais c'est la seule fois où M. Pilliet en ait vu une acquérir une semblable importance et causer directement la mort. Peut-être tout cela est-il de cause microbienne.

M. BRAULT se demande s'il faut faire jouer aux hémorrhagies hépatiques un rôle pathogénique prépondérant. Les lésions du système nerveux central peuvent très bien causer des hémorrhagies viscérales, dans le foie en particulier : les hémorrhagies cérébrales de l'éclampsie ne sont-elles donc pas causales ? D'autre part, la théorie mécanique de l'éclampsie n'est pas démontrée, mais elle est défendable : si c'était une maladie infectieuse, pourquoi les primipares seraient-elles à peu près seules atteintes ?

M. PILLIET a fait treize autopsies d'éclamptiques et a trouvé treize fois les lésions hépatiques, qui d'autre part n'existent pas chez les épileptiques morts en état de mal. D'autre part, il y a dans les cellules hépatiques des lésions de nécrose très nettes.

Calcul vésical chez une femme. — M. FORGUE présente une pierre qu'il a extraite par la taille vaginale chez une femme de 23

ans. Il avait d'abord voulu la broyer, mais elle obstruait le col de façon que le lithotriteur ne put passer. La taille expliqua cette fixité anormale : la pierre, en effet, était développée autour d'une épingle à cheveux, dont les pointes dépassaient et s'étaient fichées dans la vessie. La malade, mariée, n'a fourni aucun renseignement, par pudeur sans doute, sur l'origine de ce corps étranger. La plaie vésicale a été suturée et s'est parfaitement réunie, quoi qu'il y eût une cystite purulente intense.

Hernie diaphragmatique congénitale. — M. Gautier a observé à la Maternité un fœtus qui est mort au bout d'une heure, asphyxié par une hernie diaphragmatique diagnostiquée et vérifiée à l'autopsie. L'estomac, le pancréas, la rate et la majeure partie de l'intestin grêle sont passés dans la plèvre gauche. Sur cinq cas inscrits dans le registre de la Maternité, quatre fois le diagnostic a été posé. Les signes suivants sont en effet caractéristiques : l'enfant ne pousse pas, en naissant, le cri habituel ; immédiatement il asphyxie et tombe en état de mort apparente. Si on fait alors l'insufflation, on a la sensation qu'on souffle comme dans un tube bouché. A la percussion, on constate que le cœur est situé à droite et que ce côté de thorax est rendu mat par le cœur, le thymus et le foie. On pourrait donc penser à une pleurésie ou à une péricardite congénitales : mais on constate alors un symptôme important : la sonorité intestinale se continue sans démarcation dans le côté droit du thorax. Ces constatations sont importantes pour permettre de reconnaître, lorsque l'autopsie est impossible, la cause de la mort, en quelques heures, d'un enfant qui semblait bien conformé.

Tuberculose utérine. — M. Buscarlet a observé une femme de 56 ans chez laquelle le diagnostic a été fait cliniquement et a été confirmé à l'autopsie. Cette femme a eu sept enfants, dont cinq morts en naissant et un mort de tuberculose à 18 ans. Veuve depuis plusieurs années, elle ne semble pas s'être exposée à une contagion vaginale directe. Cinq à six mois avant d'entrer à l'hôpital elle fut prise de flueurs blanches, et en ville un médecin diagnostiqua un cancer utérin, quoiqu'il n'y ait jamais eu d'écoulement sanglant. La malade entra à l'hôpital, et là il fut constaté que le col était volumineux, mais mou, ne saignant pas au contact du doigt ; des granulations molles étaient senties sur lui et sur le cul-de-sac vaginal. Au spéculum, on vit alors un aspect

caractéristique et un semis de granulations jaunâtres, semblables à celles de la tuberculose pharyngienne. Ces signes objectifs, joints à l'existence de lésions pulmonaires, encore médiocrement avancées, permirent le diagnostic. L'examen bactériologique des sécrétions fut négatif, ce qui n'est pas très étonnant car cette femme était soumise aux injections antiseptiques. Le traitement local a agi favorablement sur les lésions vaginales; mais les crayons d'iodoforme ont été impuissants contre celles de la cavité utérine. La malade ayant succombé aux lésions pulmonaires, l'autopsie a fait voir la caséification de la muqueuse utérine, des trompes et de l'ovaire gauche.

A. BROCA.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 13 *novembre* 1890.

COUDERC présenté **un placenta** qui était inséré totalement sur le col. Avant son arrivée à l'hôpital, la femme qui avait déjà perdu beaucoup de sang, avait été tamponnée. A l'hôpital, on enleva ce premier tampon et le placenta fut perforé. Mais, l'hémorrhagie continuant, on tamponna de nouveau. Expulsion spontanée de l'enfant; pas d'hémorrhagie notable de la délivrance (1).

BAR. **Fœtus atteint de tumeur sacro-coccygienne.** — Expulsion du fœtus naturelle jusqu'à l'ombilic, puis ne fit plus de progrès. Bar, ayant soupçonné une tumeur du siège dont il constata ensuite la présence par le toucher, sectionna le tronc, repoussa ensuite le siège, et grâce à cette manœuvre, put abaisser les membres inférieurs et extraire facilement le reste du fœtus. — *Discussion :* PAJOT a observé des faits semblables à la clinique; il faut dans ces conditions songer à une ascite ou à un tératome. GUÉNIOT approuve la conduite suivie par M. Bar. Elle rappelle celle adoptée dans les cas, où la tête ayant été extraite avec le céphalotribe, on fait la décollation, dans le but de se créer de la place pour abaisser les bras, afin d'extraire le tronc, arrêté par le volume des épaules.

(1) La femme ayant néanmoins succombé, son utérus fut apporté à la séance suivante. La seule inspection de cette pièce permit de constater l'exactitude du diagnostic d'insertion centrale.

P. Petit. 1) **Kyste dermoïde de l'ovaire.** — Tumeur enlevée sur une femme âgée de 54 ans, et remarquable par ses dimensions : 1 fois 1/2 la tête d'un adulte. Cliniquement, elle offrait un double intérêt : le long temps durant lequel elle avait été parfaitement tolérée, car la femme n'avait ressenti de malaises que depuis 3 mois avant l'opération ; elle présentait, malgré l'épaisseur du contenu, une fluctuation tellement nette, qu'on avait songé à un kyste uniloculaire, à contenu séreux, provenant plutôt du ligament large que de l'ovaire, franchement pédiculé et peu adhérent. *Suites opératoires excellentes.*

2) **Épithélioma hétérokystique de l'utérus.** — Sur un utérus extirpé par Pozzi, l'auteur a constaté la coexistence de deux néoplasmes malins, de type histologique différent, et s'étant développés isolément, a) *épithéliome cylindrique dans le corps de l'utérus*, b) *épithéliome pavimenteux vers la surface du col.* Ce fait serait à rapprocher de la coexistence, fréquente d'après Abel, Landau, Waldeyer, problématique d'après Petit et beaucoup d'autres, de l'épithéliome du col et du sarcome de la muqueuse utérine.

Verrier. Rapport sur un travail du Dr Gendron. **Note sur l'écouvillonnage de l'utérus.** — Les principaux points de la méthode du Dr Gendron sont les suivants : durant les 15 jours qui précèdent l'écouvillonnage, irrigations chaudes du vagin et, tous les deux jours, pansement à l'iodoforme. La veille, application d'une tige de laminaire rendue aseptique par son séjour dans l'éther iodoformé, pulvérisation d'iodoforme et tampon contentif ; le lendemain, si la dilatation n'est pas suffisante, on la complète avec la dilatateur de Sims. La dilatation étant suffisante, écouvillonnage avec un écouvillon, ayant 2 cent. de diamètre (petite dilatation, gros écouvillon, telle est la formule du Dr Gendron), et imbibé de glycérine créosotée. Puis, lavage du vagin, et tamponnement avec la gaze iodoformée. Les lavages et les tampons sont renouvelés, pendant une quinzaine de jours. *Tout ce traitement est fait dans le cabinet même du médecin ;* les malades, même demeurant assez loin, viennent de chez elles et retournent chez elles dans la même journée. Sur 42 cas, le Dr Gendron signale 37 guérisons.

Discussion. — Pajot. L'écouvillon est un excellent, le meilleur moyen de nettoyage. Mais il ne guérit pas. Ce qui guérit, c'est le

caustique (créosote ou autre), dont l'action est favorisée par le nettoyage à fond qu'effectue l'écouvillon. En quelques cas, l'écouvillonnage amène des hémorrhagies. CHARPENTIER considère comme très dangereuse la pratique du Dr Gendron, en ce qu'il traite les malades chez lui et les renvoie après; il aura des accidents. PETIT ne croit pas que l'écouvillonnage peut entraîner l'hémorrhagie. La veille même, il a enlevé une caduque pour arrêter une hémorrhagie, et il a réussi. PAJOT. Le cas est différent. J'ai écouvillonné une femme lymphatique, et j'ai produit de l'hémorrhagie. Quant aux dangers signalés par M. Charpentier, ils sont réels. Autrefois, il y a dix ans, je me servais de laminaire pour dilater le col. Dans un cas où j'avais employé ce procédé, je fis coucher immédiatement la malade; cela n'empêcha pas qu'elle fut atteinte d'une menace de péritonite qui m'inquiéta pendant quelques heures. DUMONTPALLIER fait remarquer que le cas est antérieur à l'introduction de la méthode antiseptique. PAJOT. Je l'accorde, mais on n'en doit pas moins prendre des précautions.

LEFOUR (de Bordeaux). **Observation d'une dame chez laquelle l'annonce que l'accouchement prématuré serait provoqué le lendemain a suffi pour déterminer l'apparition des contractions utérines et l'accouchement prématuré.**

Cette dame qui n'avait commencé à marcher qu'à 3 ans, présentait des traces nombreuses de rachitisme; bassin rétréci, diamètre 8 cent. 1/2. Un 1er accouchement, à terme, avait dû être terminé, après un travail prolongé (48 heures) et actif, par deux applications laborieuses de forceps, il s'agissait d'une O.I.D. à peu près transversale, et, au moment de l'intervention, la tête était encore très élevée. L'enfant pesait 3 kilog. 200 grammes. Suites de couches troublées par une phlegmatia alba dolens, qui apparut 17 jours environ après l'accouchement. Pour éviter à cette dame les dangers liés à un accouchement à terme en raison de la sténose pelvienne, l'auteur résolut, au cas de nouvelles grossesses, de provoquer l'accouchement à 8 mois environ. Depuis son accouchement, elle devint enceinte 6 fois. 4 fois, le travail se déclara spontanément, et chaque fois quelques heures après que M. Lefour lui eût annoncé son intention, systématiquement tenue cachée jusqu'au dernier moment, de provoquer l'accouchement le lendemain. La date des dernières règles avait toujours été soigneusement notée, et, dans un cas, des circonstances particulières avaient

permis de fixer d'une façon très exacte le moment de la conception. Quant aux deux autres grossesses, elles s'étaient terminées par des fausses couches survenues peu après la perception par la mère des mouvements de l'enfant. Il faut dire, que cette dame avait conservé de son 1er accouchement une très grande appréhension; qu'elle présenta de temps à autre des troubles psychiques de nature à faire craindre un véritable désordre mental; aussi, l'auteur incline-t-il à rapporter ces accouchements prématurés, devançant de quelques heures l'intervention, à l'impressionnabilité, à l'émotivité excessive du sujet.

Il ne s'agit pas, pense-t-il, de suggestion, pas même d'auto-suggestion. Malgré, en effet, l'appréhension de l'accouchement, la jeune femme, à cause de certaines considérations religieuses, eût désiré mener à terme sa grossesse. Incidemment, il cite l'observation d'une hystérique, trés facilement hypnotisable, mais chez laquelle l'hypnotisme échoua complètement dans les tentatives que l'on fit de fixer l'accouchement à tel jour, et de supprimer la douleur.

R. L.

SOCIÉTÉ BELGE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Du traitement de l'aménorrhée par la gymnastique suédoise. — Suivant la pratique de Thure Brandt, Frédéricq a guéri l'aménorrhée sans massage et sans traitement local d'aucune espèce, en se bornant à faire exécuter aux malades des mouvements dits congestionnants pour les organes du petit bassin ; suit l'exposé des divers mouvements qui constituent la méthode; les uns sont exécutés par la malade elle-même, sans le secours de personne ; les autres nécessitent un aide pour être exécutés.

Un cas de fibro-myôme utérin avec hémato et pyosalpynx ; trois laparotomies ; guérison. — Après avoir enlevé les deux trompes, l'une pleine de sang, l'autre pleine de pus, Jacobs se trouva en présence d'un fibrome d'un volume énorme au niveau du col ; ne pouvant amener cette partie à la plaie abdominale, il employa la méthode d'Olshausen. Après avoir placé un lien élastique aussi bas que possible, il incisa la tumeur, ménageant en avant et en arrière deux lambeaux musculo-péritonéaux, puis plaça sur le pédicule deux plans de suture, un profond embrassant toute l'épaisseur du muscle utérin, un superficiel séroso-séreux. Après

toilette de la cavité abdominale il referma les parois. Le surlendemain la température étant montée à 39°,8, l'état général étant inquiétant, il ouvrit le ventre, le moignon utérin commençait à suppurer. Ablation des sutures, drainage abdominal, supprimé le 15e jour. Comme il persistait une fistule séro-purulente, Jacobs, 2 mois 1/2 après la première opération, rouvrit une troisième fois l'abdomen, enleva un reste de moignon utérin et ses débris de pédicule ; guérison. Il insiste sur l'utilité qu'il y a à rouvrir le ventre dès que le moindre signe fait craindre une complication.

Lebon, à ce propos, relate un fait de Lauwers où après une ovariotomie difficile, apparurent des signes d'occlusion intestinale. La réouverture du ventre permit de détacher des adhérences qui s'opposaient au cours des matières, la malade guérit.

Kufferath pense que, dans les cas d'infection généralisée, la laparotomie secondaire est inutile ; de plus, des vomissements, même fécaloïdes, peuvent cesser spontanément, comme il a pu le constater chez une de ses malades à laquelle il avait pratiqué l'opération césarienne.

Pyosalpinx adhérent à l'intestin et à la paroi postérieure du bassin. — Dans ce cas, Tournay, n'arrivant pas à décortiquer la poche, sutura le feuillet pariétal du péritoine au feuillet séreux du pyosalpinx et draina la cavité ainsi constituée. Durée de l'opération 4 heures ; guérison.

Rochet présente : 1° Un **pessaire en papillon extrait d'un vagin,** où il était enfoui depuis 3 ans ; il dut scier les deux ailes du pessaire pour l'extraire.

2° **Un utérus cancéreux enlevé par la voie vaginale** ; guérison.

H. H.

REVUE ANALYTIQUE

FIBROMES UTÉRINS

L'électricité, la castration ovarienne et l'hystérectomie, par L.-G. Richelot. Paris, Lecrosnier, 1890.

Après avoir étudié les résultats du traitement électrique et ceux de la castration ovarienne, l'auteur relate 16 observations d'hystérectomie avec pédicule rentré (voir *Annales*, 1890, t. I) et arrive aux conclusions suivantes :

L'*électricité* est le meilleur des palliatifs appliqués aux fibromes de l'utérus. Elle peut même suffire au traitement, dans quelques cas bien déterminés ; il y a certainement des femmes atteintes de fibromes qui peuvent vivre sans être opérées.

Mais pour en obtenir des résultats palliatifs ou durables, il faut renoncer à tout empirisme et lui chercher des indications précises.

La *castration ovarienne* réussit beaucoup plus souvent, et réussit définitivement. Mais, elle aussi, peut avoir des échecs; bien des cas lui échappent, il est possible de les distinguer, et il n'est pas permis de l'adopter systématiquement, à la seule condition qu'elle soit possible.

Elle est, d'ailleurs, très peu dangereuse. Et d'abord, il faut savoir s'arrêter, en présence d'annexes trop difficiles ; on peut faire moins ou plus, s'en tenir à une exploration ou faire l'hystérectomie. Et puis, songez à ce que deviennent les femmes non traitées. Quand la question d'intervenir se pose, c'est apparemment que la tumeur donne signe de vie, c'est qu'elle est en évolution plus ou moins active. Calculez d'après ce que les chirurgiens voient tous les jours, d'après tant de femmes qui nous arrivent anémiées, pleines d'eau, cachectiques, sans compter celles qui restent en route et que nous ne voyons pas; supputez les chances que donnent alors les opérations « trop graves », et celles que vous aurait données plus tôt une opération presque bénigne. La mortalité infime des laparotomies simples disparait devant les services que nous rendons au plus grand nombre.

L'*hystérectomie abdominale* devient elle-même peu dangereuse. La pratique des chirurgiens s'améliore dans tous les pays. Il faut donc changer de point de départ dans la discussion, ne plus arguer des périls de l'hystérectomie pour se détourner d'elle et chercher autre chose à tout prix, reconnaître enfin que bon nombre de cas lui appartiennent et que nous sommes désormais bien armés pour en prendre la charge.

Une maladie aussi complexe que les fibromes dans ses formes et dans son évolution ne peut réclamer toujours la même thérapeutique. Il est excessif de dire qu'avec un traitement non opératoire, on a ses cartons chargés de guérisons radicales ; qu'on a jamais ou presque jamais d'insuccès — nous en voyons beaucoup, et sortant des meilleures mains. Il est puéril d'affirmer qu'on supprime la chirurgie, d'exhorter celle-ci à désarmer, et de fournir des listes de

maladies qui rappellent les cures merveilleuses de certaines panacées.

L'électrothérapie est venue, depuis quelques années, s'ajouter aux traitements connus; il faut discuter de bonne foi ses mérites. Il faut en même temps chercher les conditions qui rendent l'intervention chirurgicale nécessaire, et celles qui diminuent ses dangers. C'est de la sorte qu'on arrivera à faire la part de chaque méthode pour le plus grand bien des malades.

H. H.

Enclavement dans le bassin de l'utérus fibromateux (Ueber ein Fall von uterus incarceration, etc.), par M. STANISLAUS BRAUN, *Wien. med. Presse*, 1889, n° 30, p. 1217.

Observation d'une malade entrée à la clinique de Cracovie, dans le service de M. Madurowicz, avec des accidents semblables à ceux de la rétroversion de l'utérus gravide; et ce fut le diagnostic posé. La réduction fut impossible. Au bout de deux mois, après des alternatives de mieux et d'aggravation, le diagnostic put être posé avec exactitude et un fibrome sous-muqueux reconnu. Extirpation par la voie vaginale, guérison.

A. BROCA.

Myôme utérin (A uterine myoma), par E. C. DUDLEY. *Med. Standard*, Chicago, octobre 1889, vol. VI, p. 102.

Femme de 38 ans, atteinte de métrorrhagies considérables et présentant une tumeur qui remplissait tout le petit bassin et qui s'étendait de l'ombilic à la vulve. L'auteur l'attaqua par la voie vaginale et essaya de l'enlever par morcellement. Mais il dut, en raison de la longueur de l'opération, abandonner cette ligne de conduite et pratiqua séance tenante une laparotomie médiane ; il put enlever ainsi une tumeur parfaitement encapsulée. La plaie abdominale fut suturée et la cavité formée par l'ablation de cette tumeur fut drainée par le vagin. La malade guérit.

P. NOGUÈS.

Fibro-kyste volumineux de l'utérus. Laparotomie. Guérison (A case of enormous fibro-cystic tumor of the uterus, laparotomy, recovery), par le Dr X. WERDER, Pittsburg. *The American Lancet*. Detroit Mich., novembre 1889, vol. XIII, p. 406.

Les points saillants de cette observation sont les suivants: d'abord l'âge de la malade, 23 ans : ces tumeurs en effet sont rares

avant 35 ans ; la rapidité du développement qui avait fait croire à un kyste de l'ovaire. Le début en effet ne remontait qu'à huit mois et au moment de l'opération ce fibro-kyste avait le volume d'un utérus gravide à terme. Mais le fait le plus remarquable est l'augmentation de volume que présentait cette tumeur quinze jours avant l'apparition des règles : aussi peut-on se demander si cette augmentation de volume ne coïncidait pas avec l'époque de l'ovulation ?

P. Noguès.

Contribution à l'étude du traitement des fibro-myômes utérins intra-pariétaux, par Vaton. *Gaz. hebd. des sc. méd.* de Bordeaux, 1890, p. 35.

L'auteur s'inspire surtout des travaux de Vautrin, Vulliet et Julliard. Il passe en revue les différentes méthodes employées et décrit avec détails la méthode de Vulliet qui comprend plusieurs temps qui sont : 1° la dilatation ; 2° l'abaissement ; 3° le débridement ; 4° l'extirpation et il émet les conclusions suivantes :

1) Si la tumeur n'est pas plus volumineuse que l'utérus, il faut préférer la méthode de Vulliet à toute autre, même à la laparotomie.

2) Il semble qu'il existe un rapport d'origine entre le goitre et le fibro-myôme utérin (Julliard).

3) L'emploi de l'iodoforme en tant que topique entraîne une réduction durable du néoplasme.

4) La méthode du professeur Vulliet, évitant la castration, en se servant des voies naturelles pour la sortie de la tumeur et exerçant par la dilatation une action hémostatique, doit être préférée à tout autre procédé pour le traitement des fibro-myômes intra-pariétaux.

P. Mauclaire.

Fibro-myôme utérin et kyste de l'ovaire (Ovario-hystérectomie), par Duret. *J. des sc. méd.* Lille, 1890, p. 141.

Le diagnostic était difficile car le kyste de l'ovaire très tendu donnait à peine la sensation de rénitence ; de plus, il était médian. D'autre part, le toucher vaginal démontrait l'existence d'une deuxième tumeur située en arrière du pubis et donnait au toucher la sensation du doigt s'imprimant dans un bloc de cire, ce qui laissait croire à la possibilité d'un kyste dermoïde. Enfin, le cathétérisme utérin était impossible. En somme, ce furent les mé-

trorrhagies avec leurs caractères qui firent faire le diagnostic.

L'opération montra que le corps fibreux développé dans la paroi latérale de l'utérus avait repoussé celui-ci en avant. Ce fibrome appartenait à la variété des fibromes mous, œdémateux, d'où la sensation perçue par le doigt au toucher vaginal. Le kyste était inclus dans le ligament large. M. Duret fait remarquer que cette tumeur donnait peu de matité parce que les anses intestinales passaient en avant et ce simple fait devait faire penser à un kyste du ligament large. P. MAUCLAIRE.

Compte rendu de la clinique du professeur Mangiagalli. Fibromes utérins (Rendiconto clinico del comparto ostetrico ginecologico del prof. Mangiagalli), par DECIO. *Annali di Ost. e ginec.*, Milano, mai 1890, p. 378.

Seize fibromes utérins furent traités par la méthode d'Apostoli; dans les cas de fibromes gros et multiples, on nota une peptonurie consécutive à l'application des courants électriques, peptonurie qui n'existait pas avant le traitement et qui ne fut observée que dans les cas de diminution de volume de la tumeur. Mangiagalli pense que les courants électriques rendent solubles des produits qui sont ensuite éliminés par l'organisme; cette peptonurie temporaire rappelle celle qui se produit pendant l'involution de l'utérus puerpéral.

Dix fibromes furent traités par l'ablation des annexes; il y eut 8 guérisons et deux morts, l'une par hémorrhagie tardive, l'autre de septicémie.

Pour dix fibromes volumineux Mangiagalli fit soit la myômectomie, soit l'hystérectomie par la voie abdominale, il y eut six morts et quatre guérisons. P. MAUCLAIRE.

Myômes utérins (Einige Bemerkungen zur Aetiologie der myome und zur Methode des Myomotomie), par H. FEHLING. *Centr. f. Gynäk.*, 19 juillet 1890, nº 29, p. 513.

On dit volontiers que les myômes sont plus fréquents chez les femmes mariées que chez les célibataires (78 0/0 environ contre 22 0/0). Mais si on prend comparaison avec la proportion relative des mariées et des célibataires envisagées en général (à Bâle 83 0/0 contre 17 0/0, parmi toutes les malades reçues à la clinique), on constate que proportionnellement les myômes sont plus fréquents chez les célibataires.

Une objection cependant : qui dit célibataire ne dit pas vierge. Il serait étrange qu'à Bâle la population hospitalière féminine contînt 17 0/0 de vierges : ce serait beau, mais bien exceptionnel. Or, quelle différence y a-t-il entre la femme mariée et la célibataire non vierge ?

A ce propos, Fehling signale une méthode qu'il emploie pour raccourcir la durée du traitement par pédiculisation extra-péritonéale. Il fait la suture secondaire de l'entonnoir qui correspond au bout de quelques jours à ce pédicule.

Il a fait de la sorte 30 opérations avec 3 décès.

A. BROCA.

Du traitement des fibromes de la matrice par le courant galvanique constant (Zur Behandlung der Fibrome der Gebärmutter mit dem constantem galvanischen Strom), S. CHOLMOGOROFF. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1889, Bd XXII, Hft. 2, p. 187.

Après un historique très complet, l'auteur relate ses expériences personnelles. Il a fait en tout 180 séances d'électrothérapie, et tiré des observations qu'il a faites, tout en formulant des réserves à cause de leur nombre relativement restreint, les conclusions suivantes :

1) Sous le couvert d'une antisepsie absolument rigoureuse, l'électrisation intra-utérine est une méthode de traitement parfaitement inoffensive.

2) L'électricité positive, dans le traitement des fibromes, a une action hémostatique.

3) Il ne faut pas méconnaître l'action opposée, hémorrhagipare du pôle négatif.

4) La diminution de la tumeur, même après un traitement prolongé, est insignifiante ; la plupart du temps même, on n'observe pas de diminution.

5) L'influence heureuse de l'électrothérapie sur la santé générale est hors de contestation.

L'ensemble de nos observations nous autorise à considérer l'application de l'électricité au traitement des fibromes comme un progrès important.

R. L.

Neuf cas consécutifs de fibro-myômes utérins ; huit hystérectomies sus-vaginales, une myômectomie ; pas de mort (Nine consecutive cases of myofibromata of the Uterus ; eight sus-vaginal hysterec-

tomies, and one myomectomy, no death), par W. I. HELMUTH (*Am. J. of obst.*, juin 1890, p. 599).

Dans le même journal, en 1886 (p. 1136), l'auteur a publié une série de 33 laparotomies, y compris 5 hystérectomies sus-vaginales, avec une seule mort.

La tumeur du cas I pesait 26 livres. La vessie fut blessée au cours de l'opération ; la fistule guérit grâce à l'application de gaze iodoformée.

Dans le cas III, lorsque le pédicule tomba, le 24e jour, il se produisit une hémorrhagie, qui fut arrêtée immédiatement avec une pince.

La malade no VII a eu la vessie blessée pendant l'opération, l'urine s'échappait par la plaie abdominale. Le 25 avril, à peine présente-t-elle un léger suintement urineux.

A. C.

Traitement électrique des fibromes utérins, par M. A. C. DELASSUS. *Journal des sciences méd. de Lille*, novembre 1889, p. 431.

Si l'électrothérapie a fait dans ces dernières années de réels progrès c'est grâce à la précision scientifique des méthodes; c'est un point sur lequel M. Delassus insiste au commencement de son travail. Puis il décrit l'appareil instrumental, la technique opératoire, l'intensité du courant, la durée, le nombre des séances et le mode d'action, et émet les conclusions suivantes : 1° il est prouvé que le courant électrique a une influence efficace sur les fibromes utérins et principalement sur leurs symptômes les plus dangereux, c'est-à-dire les hémorrhagies, elle diminue en outre ou supprime la douleur, elle réduit souvent le volume de la tumeur et enfin elle peut parfois déterminer l'énucléation du fibrome; 2° La technique opératoire doit absolument reposer sur une antisepsie rigoureuse et une mesure exacte de l'énergie électrique employée; 3° Le siège de l'application électrique varie avec les auteurs; 4° La méthode d'Apostoli est basée sur l'emploi des hautes intensités (jusque 200 à 250 milliampères). D'autres auteurs ne dépassent guère 50 à 60 milliampères.

P. MAUCLAIRE.

Myomotomie après échec du traitement galvanique. Modifications spéciales de la tumeur, de la muqueuse utérine et des ovaires (Myomotomie nach Erfolgloser galvanischer Behandlung. Eigenthümliche Veränderungen der Geschwulst, der Uterusschleimhaut und

der Eierstöcke), FRIEDRICH UTER. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 13, p.209.

Il s'agit d'une femme, âgée de 30 ans, qui depuis 7 ans environ était sujette à des troubles de la menstruation. Les accidents, consistant en douleurs et hémorrhagies, étaient allés en s'accusant de plus en plus, abstraction faite d'améliorations légères et transitoires, produites par différents traitements médicaux (ergot, injections chaudes (40°). Mariée en 1887, la menstruation qui suivit le mariage débuta sans douleurs ; seulement, au 8e jour, douleurs faibles et écoulement sanguin, léger, qui persista de 18 à 20 jours. Puis, absence de règles durant 6 semaines. A la suite d'une promenade, hémorrhagie abondante, à début brusque, accompagnée de vives douleurs et d'un affaiblissement considérable. La malade, tenue pour enceinte, fut envoyée à la mer. Mais les accidents s'étant reproduits avec une certaine intensité, et après avoir inutilement essayé les traitements médicaux, la femme se mit entre les mains du Dr Apostoli, pour subir le traitement électrique. Du 1er avril jusqu'à la mi-août, elle fut électrisée 23 fois. Après chaque séance, elle présenta un écoulement de sang, léger, et durant de un à plusieurs jours. Une fois, ayant été électrisée au cours d'une ménorrhagie, peu accusée, il survint une perte très abondante. Ensuite, durant les périodes d'indisposition, elle était sujette à des douleurs généralisées et même, dans les intervalles intermenstruels, elle ressentait des douleurs dans la jambe gauche et dans le sacrum.

Un séjour au bord de la mer amena une amélioration, mais sans supprimer les douleurs et les hémorrhagies. En conséquence, elle entra dans le service d'Hégar, où elle subit la myômotomie, avec traitement intra-péritonéal du pédicule (suit une description détaillée de l'état anatomique de la tumeur, ainsi que des modifications présentées par les ovaires et la muqueuse utérine). La tumeur, de la grosseur d'une tête d'adulte, était remarquablement molle. La muqueuse utérine était très épaissie, le siège en certains points d'une infiltration inflammatoire, et sillonnée de vaisseaux très nombreux. Les ovaires étaient très tuméfiés, contenaient des follicules nombreux, volumineux, et stériles, très peu de follicules primordiaux, et un stroma en état de prolifération très accusée, infiltré de cellules rondes, et pourvu d'une riche vascularisation.

La mollesse et la riche vascularisation sont des caractères ordinaires aux tumeurs essentiellement composées d'éléments mus-

culaires. Par contre, il paraît vraisemblable que la prolifération inflammatoire de la muqueuse, la forte hyperhémie de celle-ci et de la tumeur, l'imbibition œdémateuse de la tumeur, et l'état inflammatoire des ovaires furent, en partie du moins, les conséquences de la thérapeutique suivie. L'anamnèse, l'aggravation des douleurs et des hémorrhagies justifient cette supposition.

R. L.

Une nouvelle méthode pour l'ablation des tumeurs fibreuses de l'utérus. (A new method of performing hystero-myomectomy), par HOWARD A. KELLY. *The Am. J. of obst.*, avril 1889, p. 375.

L'auteur a adopté le nom d'hystéro-myômectomie pour désigner l'opération qui consiste à enlever les tumeurs fibreuses de l'utérus, tout en conservant une partie du col. Les nombreuses méthodes en usage pour l'ablation des corps fibreux peuvent être divisées en deux grandes classes suivant qu'elles consistent à abandonner le pédicule dans le ventre ou à le suturer à la paroi. Mais toutes deux ont des inconvénients : la première expose à l'hémorrhagie, la seconde à la septicémie. L'auteur propose une méthode mixte et le manuel opératoire suivant : après incision médiane, la tumeur est libérée de ses adhérences et attirée à l'extérieur : une solide ligature élastique est appliquée provisoirement aussi bas que possible, la tumeur sectionnée à quelques centimètres au-dessus du lien constricteur et le canal cervical cautérisé au thermo-cautère. La surface saignante de ce moignon utérin est alors oblitérée par plusieurs rangs d'une suture continue, qui sont placés les uns au-dessus des autres et qui l'adossent à elle-même comme dans la méthode de Schroeder : un plan superficiel de sutures interrompues rapproche et accole à lui-même le feuillet séreux de l'utérus.

Les fils provenant de cette suture sont réunis en un faisceau et le moignon ainsi suturé n'offrant qu'une surface séreuse est attiré dans l'angle inférieur de l'incision de la paroi. Les artères utérines sont liées des deux côtés par un catgut enfoncé profondément dans le tissu utérin à l'aide d'une aiguille courbe. Toute la partie supérieure de l'incision abdominale est suturée suivant les procédés habituels ; la partie inférieure, celle qui confine au pédicule, est traitée d'une manière spéciale. Le péritoine pariétal est suturé au moignon utérin et la cavité péritonéale se trouve ainsi complètement fermée.

Suit l'observation d'une femme opérée d'après les indications précédentes et qui a parfaitement guéri. P. NOGUÈS.

Emploi de la ligature élastique. (L'uso del laccio elastico), par FASOLA. *Annali di ost. e ginec.* Firenze, dec. 1889, p. 501.

L'auteur a employé ce procédé de ligature dans deux cas de fibromes utérins. La première malade guérit, la deuxième mourut d'intoxication mercurielle, mais le pédicule utérin ne présentait aucune trace d'inflammation, ni de suppuration. Fasola rappelle en terminant les travaux de Tarnier, Chiara et surtout d'Olshausen qui, en 1884, a publié 100 cas de ligature élastique; sur 29 cas pour myômectomie il y eut 9 morts dont 3 par septicémie.

P. MAUCLAIRE.

Un cas de laparomyômotomie avec réduction du pédicule traité par la ligature élastique. (Un caso di laparomiomotomia con affon. damento del peduncolo trattato col laccio elastico), par CUZZI, *Annal. di ostet. e. ginec.*, sept. 1890, p. 591.

La tumeur était très volumineuse, pédiculée et implantée sur le fond de l'utérus. Cuzzi n'employa pas la méthode d'Apostoli parce qu'elle ne lui paraît indiquée que pour les myômes interstitiels et de petit volume. Pour les mêmes raisons il ne fit pas la castration et la laparomyômotomie lui parut indiquée parce que la tumeur était volumineuse et empêchait la malade de travailler. Cuzzi mit un premier lacs élastique, puis un 2e au-dessous qu'il fixa avec des sutures au catgut; après quoi il retira le premier. Le pédicule régularisé et hémostasié fut réduit dans l'abdomen. La guérison fut parfaite, aussi l'auteur croit que la ligature élastique met certainement à l'abri des hémorrhagies du pédicule.

P. MAUCLAIRE.

Du traitement du pédicule dans l'hystérectomie abdominale pour fibromes utérins, par M. DURET. *J. des sc. médicales de Lille*, 22 août 1890, p. 170.

Duret étudie le manuel opératoire des trois méthodes de traitement du pédicule et il rapporte ensuite trois observations où il a employé la méthode extra-péritonéale modifiée. Les modifications consistent: 1° dans la substitution de la ligature élastique au serre-nœud à fil métallique; 2° dans l'isolement plus parfait du pédicule d'avec la cavité péritonéale par le procédé de suture d'Hégar;

3° dans des soins plus précis donnés au pansement du moignon 4° dans la section du moignon avec des ciseaux courbes, à petits coups, au dessous de la ligature élastique, dès la fin de la seconde semaine sans attendre la mortification et la séparation spontanée du pédicule.

Résumant ensuite les dernières statistiques, Duret constate que la méthode intra-péritonéale aurait donné 25 0/0 de morts, tandis que le traitement extra-péritonéal ne donnerait qu'une mortalité de 14 0/0. Mais les dernières statistiques de Frommel, Landau et Hofmeier donnent une mortalité de 14 0/0 seulement pour le traitement intra-péritonéal. Quant à la méthode mixte, c'est-à-dire la réduction du pédicule avec drainage soit abdominal (Hegar) soit vaginal (Martin, Bouilly), Martin sur 86 opérées a eu 15 décès soit 22 0/0. Duret conseille cette méthode si le pédicule est volumineux et trop court pour être attaché à la paroi abdominale. C'est un acheminement naturel vers la méthode de réduction du pédicule avec fermeture complète de l'abdomen; mais dans l'état actuel de la science la méthode extra-péritonéale a une incontestable supériorité.

P. Mauclaire.

Contribution à l'étude de la laparomyômectomie (Contributo alla casistica della laparomiomectomie), par Pinzani. Bologne, 1890. (Extrait du *Bulletino delle Scienze mediche de Bologna*, tome VII, vol. I).

L'auteur rapporte une observation d'hystérectomie abdominale pour fibrome utérin avec traitement intra-péritonéal du pédicule. Pinzani justifie ensuite son mode d'intervention; il pense que le traitement électrique d'Apostoli n'est à employer que chez les femmes au seuil de la ménopause et dont la tumeur ne détermine pas de phénomènes de compression ou de douleur. Le volume de la tumeur était tel, qu'il ne fallait pas songer à l'extraire par la voie vaginale. Comme la malade présentait un prolapsus utérin partiel, on aurait pu songer à employer la méthode extra-péritonéale pour le traitement du pédicule, comme le recommande Kaltenbach, mais cette méthode prédispose aux hernies. En isolant bien la cavité utérine de la cavité péritonéale pour éviter le passage des agents infectieux, en soignant les sutures et l'hémostase, le traitement intra-péritonéal du pédicule est préférable et le drainage de la cavité de Douglas est inutile bien que Martin le

recommande. Pinzani rappelle enfin la statistique de Martin (méthode mixte), mortalité de 22 0/00 pour 86 opérées; celle de Fritsch, mortalité de 40 0/0 avec la méthode intra-péritonéale et 15 0/0 avec la méthode extra-péritonéale sur un total de 60 opérées. Enfin Calderini eut deux morts sur 8 opérées chez lesquelles le pédicule fut traité par la méthode intra-péritonéale.

P. MAUCLAIRE.

Du traitement intra-péritonéal du pédicule dans l'hystéro-myômectomie (Zur intraperitonealen Stielbehandlung bei Hystero-myomectomie), KOCHER. *Korresp. f. Schweiz, Arzte*, 1890, n° 13, juillet.

L'auteur, partisan résolu du traitement intra-péritonéal du pédicule dans l'hystéro-myômectomie, pense qu'il est parfaitement possible, dans les cas de fibro-myômes, de cysto-fibromes, de sarcomes de l'utérus, de se comporter vis-à-vis du moignon comme s'il s'agissait d'un pédicule ovarique. Voici la technique qu'il a suivie dans un cas : double ligature sur les ligaments larges, l'une d'elles comprenant l'artère utérine, section du ligament large un peu en dehors de l'utérus ; immédiatement au-dessus de la ligature comprenant l'utérine, application *autour de l'utérus d'une ligature formée de plusieurs fils de soie, fins, noués ensuite ;* excision au dessus de cette ligature circulaire de la tumeur suivant le procédé de Schröder, cautérisation énergique de la cavité utérine jusqu'au niveau de la ligature, abandon dans le ventre du moignon et de sa ligature.

Dans quelques cas, il modifia quelques détails de la technique opératoire, mais en conservant le principe essentiel de la méthode : traitement intra-péritonéal, après ligature perdue avec plusieurs fils de soie fins du moignon.

Ce mode d'intervention, qui a fourni à l'auteur des résultats excellents, préviendrait les hémorrhagies secondaires et supprimerait, grâce à une occlusion absolue de la cavité cervicale, les dangers d'infections par cette voie. Il n'exposerait pas à la nécrose, parce que les fils de soie sectionnent peu à peu le tissu utérin, amenant ainsi une sorte de détente à leur niveau.

R. L.

Contribution à l'étude des indications de l'extirpation vaginale de l'utérus (Beitrag zur Indication der Extirpatio uteri vaginalis), FRANK. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XX, Hft 1, p. 205.

L'auteur relate dans ce travail, ses observations d'extirpation

totale de l'utérus par le vagin pour myômes. Dans tous les cas, les femmes avaient déjà subi, sans en retirer le moindre bénéfice ou à peu près, un traitement long dont les injections d'ergotine, la poudre d'ergot de seigle, les injections caustiques intra-utérines, les applications de glace à l'extérieur, etc.., avaient fait les principaux frais. Les tumeurs enlevées variaient du volume d'une noix à celui du poing. Sur 10 cas, il y eut 2 décès. Dans l'un des cas, l'extirpation de l'utérus fut rendue très laborieuse, par une étroitesse très grande du vagin. Il se produisit une déchirure étendue du péritoine pelvien, qui nécessita des sutures dans lesquelles furent pris les 2 uretères. Dans l'autre cas, la femme succomba à une broncho-pneumonie survenue à un moment où l'on croyait déjà la guérison assurée.

R. L.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE

Éclampsie gravidique. (Eclampsia gravidica), SCARLINI. *Giornale internaz. delle Sc. Mediche*, 1888, p. 937.

Scarlini rapporte quelques-unes de ses expériences pour déterminer la nature infectieuse de l'éclampsie gravidique. Il a observé dans le sang des éclamptiques des microbes qui cultivés dans la gélatine se sont multipliés sous la forme de clous à tête. Il a fait des inoculations à des chiennes gravides avec des cultures pures et il a reproduit tout le cadre clinique de l'éclampsie au bout d'une heure chez les petites chiennes, et de 6 à 7 heures chez les chiennes robustes. La mort était précédée de vomissements, diarrhée, convulsions. Des chiennes très robustes avortèrent au bout de 15 à 16 heures et restèrent déprimées pendant longtemps. Dans leur sang, il a trouvé des microbes nombreux et semblables à ceux qu'il avait inoculés.

P. MAUCLAIRE.

Éclampsie puerpérale. (Puerperale Eclampsia), JOHN HERBERT CLAIBORNE. *Medical Age*. Detroit, Michigan, 26 décembre 1889, vol. VII, p. 553.

Cet article est une revue générale sur l'éclampsie puerpérale : plus fréquente qu'on ne le croit, cette affection se présenterait une fois sur 300 femmes enceintes au lieu de 500 comme le dit la majorité des auteurs.

L'étiologie, la pathogénie, la symptomatologie et surtout le traitement sont étudiés complètement : les larges saignées, qui n'excluent pas le chloral et le chloroforme, semblent avoir donné les meilleurs résultats.

P. NOGUÈS.

De la polyurie gravidique, par VOITURIEZ. *J. des sc. méd.*, Lille, mai 1890, p. 465.

Cette polyurie ne se constate souvent que vers le milieu de la grossesse. Elle disparaît rapidement après l'accouchement et son pronostic est bénin. Pour l'expliquer, il faut tenir compte des conditions mécaniques, c'est-à-dire de la compression des uretères. C'est une loi de pathologie générale que toute irritation du canal excréteur d'une glande provoque une congestion réflexe du parenchyme sécréteur. Cette congestion réflexe s'accompagne d'une suractivité fonctionnelle qui se traduit par une hypersécrétion que l'on peut comparer à la polyurie des rétrécis, décrite par M. le professeur Guyon.

P. MAUCLAIRE.

Éclampsie puerpérale et lithiase rénale (Puerperal eclampsia associated with lithiasis), par GEORGE M'KEOUGH. *Am. Lancet. Detroit* Mich., février 1890, t. XIV, p. 46.

Femme de 28 ans, ayant présenté depuis quelque temps des phénomènes de Lithiase rénale. Élle est prise d'éclampsie puerpérale le dixième jour qui suit son accouchement sans qu'il ait jamais été possible de déceler dans son urine la plus légère trace d'albumine.

L'auteur attribue les accidents puerpéraux à un excès d'acide urique contenu dans le sang et dans les tissus.

P. N.

Contribution à l'étiologie et au traitement des vomissements incoercibles chez les femmes enceintes. (Contributo alla etiologia e terapia del vomito incoercibile nelle gestanti), PUGLIATTI, *Annali di ostetric e. ginec.* Milano, 1890, p. 61.

Ces vomissements seraient dus à des sécrétions du col utérin qui seraient retenues dans la cavité cervicale. Aussi il recommande le traitement de Krause, c'est-à-dire l'introduction d'une petite bougie dans le col à une distance de 6 centimètres. On note quelques contractions utérines qui dilatent le canal cervical, cela suffit pour arrêter les vomissements sans déterminer l'avortement.

P. MAUCLAIRE.

La rougeole pendant la vie intra-utérine. (Measles in intra uterine life), Dr MOUTOUX, *Med. Standard Chicago*, août 1889, p. 53.

Femme atteinte de rougeole au huitième mois et demi de sa grossesse. Onze jours après elle donne naisssance à deux jumeaux manifestement porteurs d'une éruption de même nature et qui moururent 24 heures après.

P. N.

Rougeole durant la grossesse (Masern in der Schwangerschaft). RUETER. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 25, p. 445.

Une femme, âgée de 26 ans, IVpare, est dans le 9e mois de la grossesse, quand ses trois enfants ont successivement la rougeole, L'exanthème se montre chez le premier atteint, le 18 mars, chez les deux autres, le 28 mars. Le 29 mars, la mère qui n'a pas eu la rougeole dans son enfance, présente des prodromes non douteux de rougeole et de l'hyperthermie, 39°,5. Le 30, dans l'après-midi, l'éruption caractéristique apparaît à la face, et le même jour, vers 9 heures du soir, le travail se déclare et se termine le lendemain matin, vers 3 heures, par la naissance d'un enfant, du poids de 2,750 gr., venu au monde 3 semaines environ avant le terme normal. Cet enfant ne présente sur le corps aucune trace d'éruption rubéolique. Malgré le voisinage de sa mère, chez laquelle la rougeole évolue normalement sans retentir d'une manière fâcheuse sur les suites de couches, il échappà à l'infection rubéolique.

R. L.

La jaunisse pendant la grossesse. (Jaundice during pregnancy), par J. T. WINTER de Washington. *Am. J. of obst.*, janvier 1890, p. 31.

L'auteur insiste sur la nécessité de la sécrétion et de l'excrétion de la bile dans l'intestin; les expériences de Daltar ont montré l'état anormal dans lequel sont les animaux à qui on a fait une fistule biliaire.

Welson de Charlottesville a trouvé que la cholestérine est produite en grande quantité dans la grossesse, et que, si le foie ne fonctionne pas bien la femme est exposée, à l'éclampsie cholestérique.

Ch. E. Smith a reconnu le danger de la jaunisse pour la mère et pour l'enfant.

Winter cite, pour terminer, un cas lui appartenant, dans lequel la malade accoucha à 6 mois; l'enfant vécut 22 jours; il pesait à peine 2 livres; la mère le nourrit pendant quelques jours, mais

son lait renfermait de la bile, et on dut prendre une nourrice. La mère se rétablit, et a traversé favorablement deux autres grossesses.

A. C.

De l'influence de l'infection syphilitique pendant la grossesse. (Zum Einfluss der syphilitischen Infection während der Schwangerschaft). P. STEFFEEK. *Zeit. f. geb. u. gyn.* 1890, Bd. XVIII, Hft. 1, p. 114.

L'auteur a observé 2 primipares, chez lesquelles il a pu être établi, d'une façon à peu près formelle, que l'infection syphilitique s'était produite vers le 5e mois de la grossesse. Les deux femmes ont accouché, 1 mois 1/2 environ avant le terme normal, donnant naissance, l'une, à un enfant vivant, du poids de 1350 gr., qui mourut deux heures après sa naissance ; l'autre, à un enfant mort avant le début du travail, fortement macéré, et pesant 1400 gr. Les deux fœtus présentaient des lésions viscérales étendues ; Il existait également des altérations anatomiques profondes du placenta, mais, contrairement aux constatations faites antérieurement par Fränkel et Zilles, elles intéressaient surtout le placenta fœtal. De ces deux cas, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1) La syphilis, communiquée à la femme vers le milieu de la grossesse, peut très bien atteindre l'œuf ; 2) les altérations placentaires ne sont pas essentiellement subordonnées à l'époque où se fait l'infection, et, dans toute infection, toutes les parties constituantes du placenta peuvent être atteintes.

R. L.

Rhumatisme puerpéral (Puerperal rhumatism), par TH. C. SMITH, de Washington. *Am. J. of Obst.*, 1890, p. 474.

Mme C..., âgée de 22 ans, avait souffert de douleurs rhumatismales dans les deux derniers mois de sa grossesse ; le 25 décembre 1885, elle fut prise des douleurs de l'enfantement, et la violence des douleurs dans l'utérus et dans les bras, obligea Smith de lui faire respirer de l'éther, puis d'appliquer le forceps, aussitôt que la dilatation fut complète.

Sauf des gerçures aux seins, tout alla bien jusqu'au 30 décembre. Ce jour-là, on apporta à Smith 120 grammes de sang presque pur, que la pompe avait retiré des seins excoriés.

Le rhumatisme envahit d'abord le coude droit, puis la plèvre, puis le coude gauche.

Le 12 janvier, la température atteignait 39°,5 et 40° le 25. Mal-

gré les calmants et l'administration de salicylate de soude, de l'iode, de la quinine, du gayac, la malade succomba le 27 janvier.

Comme Charpentier (*Accouchements*, 2ᵉ éd., I, p. 369), Smith a reconnu la tendance de cette maladie à la suppuration.

A. C.

(*A suivre*)

BIBLIOGRAPHIE

Des suppurations pelviennes chez la femme, par P. DELBET, Paris, Steinheil, 1891.

Dans cet important ouvrage, M. P. Delbet a résumé la presque totalité des travaux publiés jusqu'au commencement de 1889. Les salpingites, ovarites, pelvi-péritonites, tumeurs suppurées, phlegmons y sont successivement étudiés au point de vue de l'anatomie pathologique, de l'étiologie, de la pathogénie et de la symptomatologie. Le diagnostic et le traitement de ces diverses affections, prises en bloc terminent ce travail, dont la richesse en documents épargnera bien des recherches à ceux qui, dans l'avenir, voudront étudier ces questions. Ajoutons que le côté personnel n'est pas négligé et que l'auteur ne s'est pas borné à mettre bout à bout une série d'observations, prises de droite et de gauche ; par un groupement bien compris des faits, il est arrivé à élucider une série de points obscurs ; nous rappellerons enfin que, sur certaines questions nouvelles, M. Delbet s'est livré à des recherches expérimentales consciencieuses, en particulier sur le lavage et le drainage du péritoine (voir *Annales*, 1889, t. II. p. 185 et 1890, t. I, p. 93).

Salpingites et ovarites, par O. TERRILLON. Paris, O. Doin, 1891.

Le but de M. Terrillon, en publiant ce travail, est d'exposer aussi complètement que possible les caractères cliniques et anatomiques et surtout le traitement des salpingo-ovarites. Le grand nombre de ses opérations (90) lui a permis d'écrire cet ouvrage ; c'est ce caractère tout personnel qui lui donne son principal intérêt.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Decio. Rendiconto clinico del' Ospedale Maggiore di Milano. *Annali di Ost. o. Ginec.* Milano, novembre 1890, p. 721. — **Edebohls (George M.)**. Exploratory puncture of the femal pelvic organs. A diagnostic study. *Med. Rec.*, N.-Y,, 22 novembre 1890, t. II, p. 568. — **Garcia**. Un semestre de clinica ginecologica. Estaditica de las operaciones practicadas en la clinica de ginecopathia instituto de terapeutica operatoria, durante el semestre, etc. *Ann. de Ost., gineco. y pediat.*, Madrid, 1890. — **Hamon (H.)**. Les lymphatiques des organes génitaux de la femme. *Rev. méd. — chir. d. mal. d. femmes*. Paris, 1890, XII, 405, 411. — **Laborie (Louis)**. Du rôle de la lymphangite dans les affections des organes génitaux de la femme. De son traitement par le drainage et l'antisepsie utérine. *Th. Paris*, 1890-91, n° 31. — **Landau**. Klinische Beobachtung und mikroskopische Diagnose. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 47, p. 841. — **John A. Lejutt**. Gynecology in General practia. *Prov. med. Journ.* Leicester, 1890, p. 450. — **Martin**. Bericht über die Verhandlungen der Gesellschaft fur Geburtshulfe und Gynäk. zu Berlin vom 24 Januar bis zum 27 Juni 1890. *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, XIX, 297-397. — **Rogie**. Aponévroses du périnée et du bassin. *J. d. s. m.* Lille, 26 septembre 1890, p. 289. — **Savage (Th.)**. An address delivered at the opening of the section of obstetric and gynecology. *Brit. med. Journ.* London, 1890, t. II, p. 274. — **Truzzi**. Sulla castrazione in casi di osteomalacia puerperale e non puerperale. *Annali di Ost. e Ginec.* Milan, novembre 1890, p. 700.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — **Apostoli**. Du courant galvanique en gynécologie. *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.* novembre 1890, p. 597. — **Caulet**. Du traitement hydrominéral dans les névralgies utéro-ovariennes graves. *Cong. intern d'hydrol. et de climat. Compt. rend.*, 1889, Paris, 1890, II, 113, 115. — **Gelli**. Contributo allo studio e alla pratica del massagio dell utero. *Ann. Ost. e Gin.* Milano, octobre 1890, p. 667. — **Keen (W.-W.)** The organisation of an operation. *Americ. J. of. med. k.* Philad, 1891, II, p. 11. — **Kelly (Howard.-A.)** Antisepsis and asepsis before and after major gynecological operations. *Am. J. of med. sc.* Philad. 1891 t. I, p. 44. — **Milne Murray**. On the treatement of Pelvic Disease by Electricity. *Edinb. M. J.* décembre 1890, p. 421, 512. — **Præger**. Eine Leibbinde aus plastischeu Filz, *Cent. f. n. Gyn.* 1890, n° 44, p. 788. — **Prochownick**. Zur Elektrotherapie in der Frauenheilkünde. *Deutsch. med. Wchnschr.* Leipz., 1890. XVI, 883-886. — **Ranse (de)** Du traitement hydrominéral dans les névralgies utéro-ovariennes graves et de ses rapports avec l'intervention chirurgicale. *Cong. intern. d'hydrol, et de climatol. Comp. rend.* 1889, Par., 1890, II, 115, 123. — **Sänger** *Ueber Pessarien* Leipzig, O. Wigand, 1890. — **Sapeschko**. Plan eines aseptishen operationssaales. *Cent. f. Gyn.* 1890, N° 40,705. — **Terrillon**. Des Hémorrhagies utérines et leur traitement. *Bull. gen. de The-*

rap. etc. Par., 1890, 49. 57. — **Wrigth Fraser.** Gynæcological Cases treated by Electricity in Prof. Simpson's Clinique. *Edinb. m. J.* décembre 2890, 5281

VULVE ET VAGIN. — **Baas.** Ein Fall von Vaginismus. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 41, p. 728. — **Balzer.** Contribution à l'étude des syphilides secondaires du vagin. *Cong. intern. de dermat. et de syph.* C. r., 1889, Par., 1890, 251-255. — **Casati.** Una rava forma di cisti vaginale. *Riv. di ostet, e ginecol.* Torino, 1890, I, 149-151. — **Coen.** Adenom der Batholoni'schen Drüse. *Beit. z. path. Anat. u. z. allg. Path.*, Iena, 1890, VIII, 424-430. — **Dodge.** A case of double uterus and vagina with pregnancy. *Northwest. Lancet.* St-Paul, 1890, X, 335. — **Gache.** Ausencia congenita de vagina; utero rudimentario; integridad de los anexos; operacion autoplastico; resultato. *An. d. Circ. med. arg.*, Buenos-Ayres, 1890, XIII, 221-224. — **Gaudichier.** Notes relatives à un cas d'anomalie congénitale du vagin. *J. de méd. de Par.*, 1890, 538. — **Hoedemaker.** Iets over het Hœmatoma vulvæ traumaticum. *Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gynæc.* Haarlem, 1890, II, 12-21. — **Jacquemard.** Un cas d'absence du vagin. *Loire méd.* St-Etienne, 1890, IX, 229-239. — **Mc Ardle.** Infantile vulvar hæmorrhagie. *Med. News*, 1890, LVII, 399. — **Taylor.** A case of cholesterin tumor of the vulva. *J. Cutan. et Genito-Urin. Dis.*, n° 7, 1890, VIII, 387. — **Vincent.** Traitement opératoire des thrombus vaginaux. *Lyon médical*, 9 novembre 1890, 335.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS. PÉRINÉORRHAPHIE, ETC. — **Doléris.** Statique utérine et plancher pelvien. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, décembre 1890, p. 667. — **Grünberg.** *Ein. Beitrag zur Behandlung complicater Retroflexionenn u. Prolapse.* Dorpat, 1890. — **Küstner.** Ueber die durch Tumoren erzeugte Achsendrehung der Uterus. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 44, p. 785. — **Mac Quade.** A case of complete Inversion of Uterus. *Lancet.* Lond., 1890, II, 617. — **Ott.** Vervolkommentes Verfahren der Angelung und Entfernung der Naht bei der « normalen Perineorrhaphie », nebst einer vergleichenden Beurtheilung dieser letzteren und der Lappenmethode von Lawson-Tait. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd. XXXIX, hft. 1, p. 42. — **Rogie.** Prolapsus utérin, cystocèle vaginale. Présentation des pièces anatomiques. *J. de sc. m.* Lille, 17 octobre 1890, p. 361. — **Roncaglia.** Un caso d'isteropexis per retroversione d'utero con aderenze. *Ann. di obst. e Ginec.* Milano, nov. 1890, p. 713. — **Rühl.** Bemerkungen über die Schücking'sche Methode der vaginalen Fixation des Uterus bei Retroflexio und Prolapsus uteri. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 51, p. 916. — **Smith.** On the treatment of irreducible retroflexed or retroverteduteri by retro-abdominal manipulation, with notes of a successfully case. *Med. Press. and Circ.*, Lond., 1890, I, 201-203. — **Zannellin.** Périnéoplastie anatomique ou nouveau procédé pour restaurer l'état anatomique et morphologique du perinée chez la femme. *Arch. de toc.*, 1890, n° XI, p. 771.

MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Geyl.** L'anesthésie dans le curettement de l'utérus. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, décembre 1890, p. 637. — **Haldenthaller.** Ueber einen Fall tuberculöser Erkrankung der Portio vaginalis. *Wien. Klin. Wchschr.*, 1890, III, 655-657. — **Lee (Henry).** Syphylitic affections of the utérus, *Lancet.* Lond., 1890, II, 12. — **Moreines.** Carcinoma corneum aciinosum uteri. *Objazat.*

pat. anat. izlied. stud. med. imp. Charkov., Univ., 1890, 38-52. — **Pichevin**. Traitement chirurgical de l'endométrite. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, novembre 1890, p. 608. — **Rosner**. Zur Behandlung der chronischen Endometritis. *Med. Cor. Bl. d. Württemb. ärztl. Ver.* Stuttg., 1890, LX, 140. — **Saintu**. *Étude critique de l'application du curettage de l'utérus au traitement des salpingites.* Th. de Paris, 1890. — **Schwarz**. Ueber Erfahrungen der Cervical-Erkrankungen des Uterus und dessen Portio. *Memorabilien,* Heilbr., 1889-90, IX, 449-460. — **Williams**. Effects and treatement of one of the forms of cervical stenosis. *Asheville M. Rev.*, 1890-91, I, 50-58.

TUMEURS UTÉRINES. HYSTÉRECTOMIE. — **Abel** et **Landau**. Sarcoma Endometrii und Stückendiagnose. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 47, p. 845. — **Asch**. Ueber Exstirpation des nicht carcinomatösen Uterus. *Jahresb. d. schles. Gesellsch. f. vaterl. Kult.*, 1889, Bresl., 1890, LXVII, 39. — **Ascher**. Zur Casuistik der Myomoperation. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XX, Hft 2, p. 307. — **Audry**. Hystérectomie vaginale totale pour un cancer du col. Vastes lésions du corps. *Lyon médical*, novembre 1890, 340. — **Boulton (Percy)**. Fibroid tumour of the Cervic uteri *Lancet.* Lond., 1890, II, 339. — **Cullingworth**. Inversion of the uterus, due to a large polypus; superficial necrosis of both Uterus and tumour; Sudden extrusion of the entire mass through the Vulva; Removal of tumour with subsequent reduction of the inversion. *Lancet.* Lond., 1890, II, p. 1355. — **Danouschevski**. Carcinoma papillomatodes portionis vaginalis uteri. *Objazat. pat. anat. izlied. stud. med. imp.* Charkov. Univ., 1890, 36-38. — **Flaischlen**. Zur Radicaloperation des Carcinoma uteri. *Deustch. med. Wchschr.* Leipz., 1890, XVI, 652. — **Fraenkel**. Spatrecidiv eines Portiocancroïde nach 8 Jahren. *Cent. f. Gyn.* 1890, n° 45, p. 801. — **Geyl**. Resultaten der operatione behandlung van carcinoma uteri. *Nederl. Tijdschr. V. Verlosk. en Gynæc.* Haarlem, 1890, II, 26-28. — **Godson (Cl.)**. Vaginal hysterectomy. *Brit. med. Journ.* Lond, 1890, p. 844. — **Grossman**. Carcinoma mixtum cervicis uteri et thrombophlephlebitis carcinomatosa cystica. *Objazat. pat. anat. izlied. stud. med. imp.* Charkov. Univ., 1890, 201-207. — **Gubian**. La Motte-les-Bains et les corps fibreux de l'utérus. *Lyon Med.*, 12 octobre 1890, 177. — **Hofmeier**. Sarkoma Endometrii und Stückendiagnose. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 41, p. 721. — **Jakubowska (Mlle F.)**. Des résultats immédiats et éloignés du traitement électriques des fibromes utérins par la méthode du Dr Apostoli. *Th. Paris*, 1889-90, n° 363. — **Kleinschmidt**. Ueber primäres Sarkom der Cervix uteri. *Arch. f. Gyn.*, Bd XXXIX, Hft 1, p. 1. — **Kleinwächter**. Ein Beitrag zur Elektrotherapie der uterus myome bei Herzaffectionen. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XX, Hft 2, p. 454. — **Kramnitz**. Carcinomata mucosum villosum, colli uteri. *Objazat. pat. anat. izlied. stud. med. imp.*, Charkov. Univ., 1890, 52. — **Lauwers**. *Pathologie et traitement des myomes de l'utérus.* Brux., 1890. — **Löhlein**. Demonstration eines Carcinoma corporis uteri bei gleichzeitigem Carcinom beider ovarien. *Ber. d. Oberhess. Gesellsch. f. Nat. u. Heilk.* Giessen, 1890, XXVII, 143. — **Matlakowski**. Cystomyoma uteri; laparotomia; punctio et consutio cystidis; excisio portionis parietis; sanatio. *Gaz. lek.*, Warszawa, 1890, 600-602; — Myomata pultiplicia uteri; laparohysterectomia supravagizalis; sanatio. *Gaz. lek.*, Warsawa, 1890, X, 633. — **O'Callaghan**. Uterin tumours. *Bret. Gynæc. J.*, Lond., 1890-91, 200-203. — **Poporer**. Zur Frage über die Veränderungen der ovarien bei Fibromyoma uteri. *Cent. f. Gyn*, 1890, n° 49, p. 821. — **Ram**. Stone in uterus. *Indian M.*

Gaz. Calcutta, 1890, XXV, 209. — **Schauta.** Die Indicationstellung der vaginalen Totalexstirpation. *Wien. med. Bl.*, 1890, XIII, 551-553 ; — Die Indicationstellung der vaginalen Totalexstirpation. *Prag. med. Wchnschr.*, 1890, XV, 423-459 ; — Die indicationsstellung der vaginalen Total exstirpation. *Arch. f. Gyn.*, Bd XXXIX, Hft 1, p. 115. — **Schücking.** Ein Sterilisungsraum. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 48, p. 865. — **Soutougnie.** Traitement du cancer de l'utérus compliqué de grossesse et d'accouchement. *Vratch.*, St-Petersb., 1890, nos 10 et 11. — **Williams** (J.). On total extirpation of the uterus by the Vagina. *Lancet.* Lond., 1890, II, p. 389. — **Wirbel (Ch.).** De la ligature élastique perdue dans l'hystérectomie abdominale. *Th. Paris.*, 1890-91, n° 2. — **Zweifel.** Ueber Elektrolyse der Myome des Uterus. *Deutsch. m. Wochschr.*, Leipz., 1890, XVI, 881-888.

AFFECTIONS PÉRIUTÉRINES ; HÉMATOCÈLE ; MALADIES DES TROMPES, INFLAMMATION DES OVAIRES, ETC. — **Adenot.** Salpingite suppurée double ; péritonite suppurée ; mort subite. *Arch. de toc.*, 1890, n° XI, p. 784. — **Gallet.** Pyosalpingite, laparotomie et ovaro-salpingectomie ; guérison. *Clinique.* Brux., 1890, IV, 609-612. — **Geyl.** Ein intraligamentaire tumor. *Nederl. Tijdschr.. V. Verlosk en Gynæc.*, Haarlem, 1890, I, 266-269. — **Hall.** Report of one year's work of intra-pelvic surgery for the relief of inflammatory diseases. A supplement to ten consecutive cases of abdominal section for the removal of the uterine appendages, for the relief of pelvic pain, and the recurrent attacks of pelvic inflammation. *Times and Reg.*, N. Y. et Phil., 1890, 167-169. — **Haultain.** Some Points in the Morbid Anatomy of the Fallopian Tubes. *Edinb. M. J.*, décemb. 1890, p. 539. — **Jones.** Suppurating endothelioma ; myofibroma in a condition of necrobiosis ; remarks on the treatment of the pedicl, etc. *Med. Rec.* N. Y., 1890, XXXVIII, 262-269. — **Kelly.** Tuberculosis of the Fallopian tubes and peritoneum ; ovarian tumor ; removal of the ovaries and Fallopian tubes with drainage, followed by recovery ; demonstration of the tubercle bacillus in sections of the tube. *Johns Hopkins Hosp. Rep.*, Balt., 1890, II, 220-223. — **Landau et Rheinstein.** Beiträge zur pathologischen Anatomie der Tube. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd. XXXIX, Hft 2, p. 273. — **Menocal.** Pio-salpinx, laparotomia, curacion. *Rev. de cien. med.* Habana, 1890, V, 193. — **Nicolas.** Note préliminaire sur la constitution de l'épithélium des trompes utérines. *Internat. Monatschr. f. Anat. u. Physiol.*, Leipz., 1890, VII, 414-416. — **James Oliver.** Case of interstitial salpingitis ; both tubes and both ovaries removed by abdominal section. *Lancet.*, London, nov. 1890, p. 920. — **Rheinstein.** Zur Diagnose des nicht puerperalen ovarialabcesses. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd XXXIX, Hft 2, p. 255. — **Sparkuhl.** Beitrag zur Lehre von der chronischen oophoritis. *Beit. z. path. Anat. u. z. allg. Path.*, Jena, 1889, VI, 103-112. — **Schaeffer.** Zwei Fälle von ovarialabcess nebst Mittheilungen über den bacteriellen Befund bei eitrigen Erkrankungen der Adnexa. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XX, Hft 2, p. 269. — **Terrillon.** — De la salpingite blennorrhagique. *Bull. méd.*, Paris, 1890, IV, 837-840. — **Turretta.** Idrosalpingite doppia-salpingectomia guarigione. *Gior. internaz. del. sc. Med.* Napoli, 15 sept. 1890, p. 666. — **Walther.** *Zur Casuistik der Hæmatosalpinx.* Giessen, 1890. — **Ward.** The pathology and treatment of intra-pelvic inflammation. *Times and Reg.* N. Y. et Philad., 1890, XXI, 214. — **Zabolotski.** Traitement de l'hydropisie des trompes de Fallope. *J. akush. jensk boliez.* St.-Pétersb., 1890, IV, 400.

OVAIRES. — **Antona** Adeno-carcinoma dell' ovaio destro con diffusione al fegato ed al grande mento ; ovariectomia ; guarigione della operazione ; morte per reproduzione degli organi interni. *Riv. clin. d. Univ. di Napoli*, 1890, XI, 38. — **Bezchinski**. Cystofibroma papillare ovarii psammotodes. *Objaz. pat. anat. izlied. stud. med. imp.* Charkov. Univ., 1890, 65-70. — **Cushing**. Fibroma of ovary. *Ann. Gyn. and Pæd.* Phil., 1890, I, IV, 25. — **Du Cane**. Uterine inertia following ovariotomy. *Lamet.* Lond., 1890, II, 445. — **Drappier**. Kyste dermoïde de l'ovaire. Disposition particulière de la trompe du côté opposé. *J. d. sc. m.* Lille, 5 décembre 1890, p. 535. — **Duchateau**. Grand kyste uniloculaire de l'ovaire avec masse latérale polykystique. *J. d. sc. m.* Lille, 26 septembre 1890, p. 306. — **Fargas** Note sur un cas de hernie inguino-labiale de l'ovaire droit avec gros kyste réticulaire du même organe. *Arch. de Toc*, 1890, n° 11, p. 767. — **Garbuzoff**. Cystoma ovarii multiloculare adenopapillaire proliferum. *Objazat. pat. anat. izlied. stud med. imp.* Charkov. Univ., 1890, p. 71 79. — **Lediard**. A case of ovarian tumour, ovariotomy, formation of faecal fistula ; recovery. *Lance.t* London, 1890, t. II, p. 921. — **Maklakowski**. Cystosarcoma utriusque ovarii ; hernià umbilicalis ; ascites ; ovariotomia duplex ; excisio sacri herniosi. *Gaz. lek.*, Warsawa, 1890, p. 571. 576. — **More Madden (Th.)**. Ovarian herniae, their causes, symptoms and treatment. *Prov. med Journ.* Leicester, 1890, p. 545. — **Ohage**, Ovariotomy during Pregnancy. *Northwest Lancet.* St Paul, 1890, X, 317. — **Pascale**. Cistoma in donna gràvido ; suppurazione dentro il tumore e nel peritones pelvico, cronica infezione febbrile simplice ; operazione ; morte. *Riv. clin. d. Univ. di Napoli*, 1890, XI, 48-45. — **Pfaff**. Ovariotomy for the cure of insanity. Ultimate result of an operation reported at the Union County Medicale Society. *Weekly med. rev.* St Louis, 1890, XXII, 282. — **Poullet**. Kyste mucoide de l'ovaire. *Lyon méd.*, 7 octobre 1890, p. 481. — **Schramm et Nelsen**. Zur Kenntniss der Tubo-ovarialcysten. *Arch. f. Gyn.* Bd XXXIX, Hft. 1. p. 16. — **Spanton**. On the treatment of Uterines tumours by Electrolysis. *Prov. med. Journ.* Leicester 1890, p. 540. — **Taylor**. Sequel to a case of ovariotomy. *Edinb. m. J.*, novembre 1890, p. 440.

ORGANES URINAIRES. — **Cristovitch**. Kyste multiloculaire très douloureux de l'ovaire enclavé dans un bassin rétréci, ovariotomie dans l'extrême anémie ; succès opératoire ; mort par anurie. *Bull. gén. de thérapeut.*, etc. Par., 1890, 126-131. — **Dubuc**. Deux cas de lithotritie chez la femme. *Union méd.* Par., 1890, 184-188. — **Kelly**. Kolpo-ureterotomy ; incision of the ureteral through the vagina, for the treatment of ureteral stricture. *Johns Hosp. Rep.* Balt., 1890, II, 234-242 ; — Report of the urinary examination of ninety-one gynecological cases. *Johns Hopkins Hosp. Rep.* Balt., 1890, II, 216-219. — **Magruder**. Removal of a large vesical calculus per vaginam. *Practice*. Richmond, 1890, IV, 298-301. — **Moore**. The female urethra ; a source of trouble often overlooked in our gynæcological investigations. *Atlanta M. and S. J.*, 1890 91, VII, 385-395. — **Nordmann**. Ueber einen Fall von Cervico-vaginalfistel. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd XXXIV, Hft 1, p. 33. — **Van de Warker**. Stricture of the urethra in women. *J. Am. M. Ass.* Chicago, 1890, XV, 490-495. — **Winterhalter**. *Zur Enstehung der Scheiden-Harnfisteln mit besonderer Berücksichtigung der durch Geburtstrauma bedingten. Falle*, Munchen, 1890.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — Voir Affections péri-utérines ovaires. — **Audry**. De l'intoxication iodoformée consécutive au tam-

ponnement péritonéal de Mickulicz (cinq observations) *Lyen Medical*, 16 novembre 1890, 357. — **Boldt**. Peritonitis due to rupture of an ovarian hœmatoma ; laparotomy; recovery. *Ann. Gyn. Pædiat.* Phila., 1890, I, IV. 6,12. — **Cario**. Zwei bemerkenswerthe Fälle von Ileus vor und nach der Laparatomie, beide mit Ausgang in Heilung, *Arch. f. Gyn.* 1890, Bd. XXXIX, Hft. 2. p. 291, **Desiderius**. Ueber die an der, selben Person wiederholten Laparatomien *Zeit f. Geb. u. Gyn.* 1890. Bd, XX, Hft. 2. p. 384. — **Elmassian (Agop)** Contribution à l'étude de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse, *Th. Paris*, 1890-91 4 n° 25. — **Kalterborn**. Versüche uber die Enstehungsbedingungen peritonaler Adhässionen nach Laparotomien. *Cent. f. Gyn.* 1890, N° 51 p. 914. — **Thornhton Knowsley** Abstract. of adress on abdominal surgery past and present. *The Lancet*, London, 1890, t. II, p. 912. — **Walcher**. Tamponade der Bauchhöle. *Cent. f. Gyn.* 1890 n° 46, p, 817.

VARIA (Troubles nerveux, aménorrhée). — **Chevallereau**. Sur l'hémianopsie consécutive à des hémorrhagies utérines. *Arch. de toc.*, 1890, 722. — **Edis**. *Sterility in women, including its causation and treatment*. Lond., 1890. — **Herman (E.)**. On Ammenorrhea with mental depression, and from mental shock. *Lancet.*, Lond 1890, II, 764.— **Taylor (L.)**. Neurasthenia in its relations to menstrual pains. *Med. Age.* Détroit. Michigan, 1890, p. 293.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Price**. Occipito-sacro-iliac presentations. *N. Am. J. Homœop.* N.-Y., 1890, 579-584.

ANATOMIE. BACTÉRIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE OSTÉTRICALES. — **Accouci**. Contribution à l'étude de l'anatomie et de la physiologie de l'utérus gravide. *Arch. de toc.*, 1890, n° XI, p. 794. — **Aman**. Einige Versuche mit dem elektrischen Schröpfkopf. *Cent. f. gyn.*, 1890, n° XXXXIII, p. 761. — **Bumm**. Ueber fötale Herzgeräusche. *Sitzunsb. d. phys. med. Gesellsch. zu Würzb.*, 1890, 479-485. — **Czerny**. Ueber das Colostrum. *Prag. med. Wchschr.*, 1090, XV, 401, 416. — **Demange**. Sécrétion loctée pendant une grossesse nerveuse. *Mém. Soc. de méd. de Nancy* (1888-89), 1890, 34, 37. — **Dubner**. Untersuchungen über den Hämoglobingehalt des Blutes in den letzen Monaten der Graviditas und im Wochenbette. *Münch. med. Wchschr.*, 1890, XXXVII, 517-537-551. — **Haushalter**. Recherches bactériologiques dans quelques cas d'infection puerpérale. *Arch. de toc.*, 1890, n° X, p. 713. — **Landau**. Ueber einige Anomalien der Brustdrüsensecretion. *Deutsch. m. Wchnsch.* Leipz., 1890, XVI, 745-747. — **Pilliet**. Le foie des éclamptiques. *Gaz. hebdom. de méd.* Paris, 1890, XVII, 349-351. — Nouvelles recherches sur le foie des éclamptiques. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, nov. 1890, p. 600. — **Rieck**. *Ueber die Aetiologie der myxomatösen degeneration der Chorionzotten*. Berlin, 1890. — **Schrœder**. Untersuchungen uber die Beschaffenheit des Blutes von Schwangeren und Wöcherinnen, sowie über die Zusammensetzung des Fruchtwassers und ihre gegenseitigeng Beziehungen. *Arch. f. gyn.*, 1890. Bd 39, Hft 2. p. 306. — **Vicarelli**. Sulla migrazione esterna dell' uovo. *Annali di ost. e ginec.* Milano, oct. 1890, p. 627.

APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Auvard**. Nouveau modèle de couveuse pour enfants. *Arch. de toc.* 1890, n° X, p. 709. — **Haanen**.

Die Formveränderung des Unterleibes und die Leibbinde. *Therap. monatsch.*, Berl. 1890, IV, 398-401. — **Pazzi**. Un nuevo forcipe. *Annal. di ost. et ginec.* Milano, octobre 1890, p. 665.

DYSTOCIE. — **Chaleix**. Accouchement spontané dans un bassin rétréci. Engagement du pariétal antérieur le premier. *Arch. de toc.*, 1890, n° XI, p. 754. — **Guzzoni degli Ancarani**. Bacino obliquo ed imbutiforme. *Rassegna di sc. med.* Modena, 1890, 309-323. — **Habit**. Gesichtslage mit Vorfall eines Fusses. *Wien. med. Presse*, 1890, XXXI, 1582-1584. — **Mensinga**. 25 tägige Retention der placenta post-partum ohne Faülnis. *Frauenarzt* Berl., 1890, V, 301. — **Varnier**. Des maladies du fœtus au point de vue de la dystocie (maladies des viscères abdominaux). *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enf.*, Octobre 1890, p. 289 ; 353.

GROSSESSE ET SUITES DE COUCHES. — **Faivre**. De l'accouchement dans le prolapsus utérin irréductible. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, déc. 1890, p. 651. — **Harvey**. On the surgical aspects of impacted labour. *Indian m. Gaz.* Calcutta 1890, XXV, 198-200. — **Thevard**. Note sur un cas de rétention de placenta chez une femme ayant un utérus bipartitus et un vagin double. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, déc. 1890, 640. — **Althen**. Schwangerschaft in beiden uteris bei Duplicitat der genitalien. *Cent. f. gyn.*, 1890, p. 711.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Bernays**. Zwei Fälle von Extrauterinschwangerschaft, durch den Bauchschnitt geheilt. *Deutsch.med. Wchschr.* Leipz., 1890, XVI, 687. — **Branfoot**. Extra-uterine tubal gestation. *Tr. South Indian Branch., Brit. med. Ass.* Madras, 1889-90, III, 198. — **Dewees**. A case of extra-uterine pregnancy, with spontaneous recovery, *med. News*, Philad., 1890, LVII, 330-332. — **Fraenkel**. Ueber die Diagnose und Behandlung der Extra-uterine schwangerschaft in den ersten Monaten. *Jahresb. d. schles. gesellsch. f. vaterl. Kult.*, 1869. Bresl. 1890, LXVII, 33-37. — **Klein (G.)**. Zur Anatomie der schwaugeren Tube. *Zeit. f. g. u. gyn.*, Bd XX, Hft 2, p. 288.— **Doléris**. Grossesse extra-utérine et hémato-salpinx ; kyste fœtal, tubaire, extrait par la laparotomie. *Rev.obst. et gynéc.* Paris, 1890, VI, 275-279. — **Meyer**. Grossesse extra-utérine répétée chez le même sujet. *Hosp. Tid.* Kjobenh., 1890, VIII, 677-682. — **Price**. Ectopic pregnancy and puerperal peritonitis. *Am. gyn. et Pædiat.* Philad., 1889-90. III, 629-632. — **Rowan**. Six additional cases of tubal pregnancy. *Austral m. J.*, Melbourne, 1830, XII, 265-276. — **Smolsky**. Traitement et diagnostic de la grossesse tubaire pendant la première moitié de son évolution. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, déc. 1890, 647.— **Herman**. A case in which a second tubal gestation in one patient was diagnosed and removed before rupture. *Brit. m. J.*, Lond., 1890, II, 322.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Auvard**. Relation d'un cas de gémellité où les deux fœtus étaient situés l'un devant l'autre. *Arch. de toc.*, 1890, n° X, p. 711.— **Fog**. Plural births. *Med. Press. and circ.* Lond., 1890, 304-308. — **Habit**. Eine verzörgte Zwillingsgeburt bei einem Abortus im fünften Monate. *Wien. med. Presse*, 1890, XXXI, 1581.

NOUVEAU-NÉ ET FŒTUS. — **Ernust**. Intrauterine Typhusiufection einer lebensfähigen Frucht. *Beitr. z. path. Anat. u. z. allg. Path.* Jena, 1890, VIII, 1888-202. — **Herman (E.)**. Note on the measurements of the fœtal head. *Edinb. m. J.*, nov. 1890, p. 452.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. **Biggar**. Three cases of Cæsarean

section, one of which necessitated Porro's operation. *Med. Rec.* N.-Y., 1890, XXXVIII, 344. — **Adam.** A successul case of Porro's operation. *Austral. M. J.* Melbourne, 1890, XII, 300, 304. — **Braun.** Sectio cœsarea nach Porro wegen osteomalacie. Wien klin. Wchschr, 1890, III, 602. — **Dohrn.** Ueber künstliche Frühgeburt. *Wien. med., Presse*, 1890, XXXVII, 482. — **Edebohls.** A new method of suture in perineorraphy. *Am. J. Obst.* N.-Y., 1890, XXII, 1057-1064. — **Gaulard.** Embryotomie et opération césarienne dans les retrécissements pelviens. *Arch. de toc.*, 1890, n° XI, p. 737. — **Goullion.** Opération césarienne conservatrice. Guérison de la mère, Enfant vivant. *Arch. de toc.*, 1890, n° II, p. 757. — **Hoffmann.** A plea for the general adoption of the axis-traction forceps, *J. Am, M. Asse.* Chicago, 1890, XV, 528. — **Krause.** *Die methoden, der Pernicoplastik dargestellt im Anschluss an 30 nach dem Lawson Taischen Princip operirte Fälle.* Dorpat. 1890. — **Macau**, A case of successful cœsarian section. *The Dub. med. J.*, novembre 1890, p. 361. — **Mallebrein.** *Ueber den Zeitpunkt der Wendung bei Querlagen.* Berlin, 1890. — **Nagel.** Erfahrungen über die Anwendung der Achsenzugzange. *Arch. f. gyn.*, 1890. Bd 39 Hft. 2. p. 197. — **Neumer.** Kaiserschnitt wegen eines Riesenkindes. *Med. Monatschr.* N.-Y., 1890, II, 422-425. — **Pantaleo.** Parti prematuri artificiali ed embriotomie eseguite nella clinica ostetrica di Palermo. *Sicilia med.* Palermo, 1890, II, 365-384. **Schimwel.** Anew method of delivering the fœtal head *Marryland, M. J.*, Balt., 1890, XXIII, 508-512. — **Soutwick.** Cephalic version previous to labor for breech presentations ; also, suggestion for the treatment of occipito-posterior positions. *Am. J. obst.*, N.-Y., 1890, XXIII, 1064-1074. — **Taylor.** Case of Porro cœsarean section : both molher and child saved. *Brit. M. J.*, Lond., 1890, II, 733 ; — The use of the obstetric forceps. *Am. J. obst.*, N.-Y., 1890, XXIII, 947-955. — **Varnier.** L'opération césarienne à l'Institut obstétrical de Dresde. *Gaz. hebdom. de méd.* Par., 1890, XXVII, 158 ; 361. — **Vinke.** Two cases of cœsarian section by the Saenger method. *Tr. M. Ass. Missouri.* St-Louis, 1889, 117-121.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Alexandre.** Un cas de tétanos à la suite d'une fausse couche. *Bull. Soc. de méd. prat. de Par.*, 1890, 973-976. — **Alexenko.** Etiologie des ruptures spontanées de l'utérus pendant le travail. *J. akush. i jensk, boliez.* St-Pétersb., 1890, IV. 385-399. — **Audry.** Du tamponnement intra-utérin après la délivrance en cas de placenta prœvia. *Arch. de toc.*, 1890, n° XI, p. 729. — **Auvard.** Thrombus pédiculé du vagin chez une femme enceinte de huit mois. *Arch. de toc.*, 1890, n° XI, p. 789. — **Auvard.** Végétations vulvaires de la grossesse. Opération. Guérison durable. *Arch. de toc.* 1890, n° XI, p. 788. — **Beckett.** Albuminuria complicating preguancy ; with report of two cases. *South. Calif. Pract.*, Los Angeles 1890, 283-288. — **Berry Hart.** On placenta prœvia. *Edinb. m. J.*, nov., 1890, p. 416. — **Blanc.** Pathogénie de l'éclampsie. *Arch. de toc.* 1890, n° XI, p. 747. — **Bonnet.** Rétention du placenta à terme, septicémie, Curage. *Nouv. Archiv. d'obst. et de gyn.* nov., 1890, p. 589. — **Buscarlet.** Môle hydaliforme. Albuminurie. Mort. *Arch. de toc.*, 1890, n° XI. p. 792. — **Byrne.** Fevers of the puerperal state. *Australas M. Gaz.* Sydney, 1889-90, IX, 273-275. — **Caubet.** Vomissements incoercibles chez une primipare. Accouchement prématuré provoqué à huit mois. Guérison. *Arch. de toc.* 1890, n° XI, p. 769. —

Chantemesse. L'infection puerpérale *Arch. de toc.* 1890, nº X, p. 688. — **Christian**. Arrested development of the ovum by reason of malattachments, and from resulting pathological alterations of the placenta. *Am. Lancet.* Detroit, 1890, XIV, 321-324. — **Deahofe** Puerperal albuminuria *J. Am. M. Ass.* Chicago, 1890, XV, 460-463. — **Egan**. Rupture of the membranes twenty-five days before the birth of a healthy child. *Med. Rec.* N.-Y. 1890, 457. — **Fehling**. Ueber Wesen und Behandlung der puerperalen Osteomalakie. *Arch. f. gyn.*, 1890. Bd 39, Hft 2, p. 197. — **Fraigniaud**. Pneumonie et grossesse. *Arch. de toc.*, 1890, nº XI, p. 781. — **Franz**. Untersuchungen uber den weissen infarct der placenta. *Sect. f. Geb. n. gyn.* Bd XX, Hft 2, p. 237. — **Himmelfarb**. Cas de lésion traumatique du vagin pendant la parturition. *J. akush. i. jensk. boliez.* St.-Petersb., 1890, IV, 409-415. — **Hurry**. Case of symmetrical erysipelas, followed by premature labour; eclampsia on the nineteenth day post-partum twenty eight paroxymus; no renal disease; recovery. *Brit. M. J.*, Lond., 1890, II, 900. — **Jacobsen**. Case of puerperal eclampsia six days after delivery; death. *Lancet.* Lond., 1890, II, 395. — **King**. Wiring the separated symphisis pubis supplemented by a novel pelvic celamp. *Weekly. M. Rev.* St-Louis. 1890, XXII, 301. — **Kinkead**. Three cases of ruptured Perineum. *The Dubl. M. J.*, oct. 1890, p. 299. — **Kortright**. Accidental hœmorrhage. Brooklyn, M. J., 1890, IV, 646-652. — **Louise Seawig**. Electricity in obstinate vomiting of pregnancy: a case with recovery. *North Am. practitioner*, juillet 1890, Chicago, vol. II, p. 297. — **Luzet et Ettlinger**. Etude sur l'endocardite puerpérale droite et sur ses complications pulmonaires aiguës. *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1891, t. I, p. 54. — **Marx**. Accouchement prématuré provoqué par une évolution fœtale. Placenta marginal et cordon très court, enfant bien constitué avec un doigt supplémentaire à chaque main. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, déc 1890, p. 644. — **Mensinga**. Blutungen aus der klitoris bei der Geburt. *Intern. klin. Rundschau.* Wien., 1890, IV, 1237-1239. — **Powell**. A case of secondary hemorrage; its causes and treatment. *St.-Louis, Cour. Med.*, 1890, III, 39-41. — **Prinzing**. Beiträge zur pathologischen Anatomie der Placenta. *Beitr. z. path. Anat. u. z. allg. Path.*, Jena, 1889, VI, 115-130. — **Radziszewski**. Placenta prœvia. *Medycyna*, Warszawa, 1890, XVIII, 530. — **Raméri**. Contributo alla etiologia della placenta prœvia. *Morgani*, Milano, 1890, XXXII, 329-340. — **Rémy**. Relâchement des symphyses du bassin. *Arch. de toc.*, 1890, nº X, p. 698. — **Rivet**. Notes sur un cas de syphilis placentaire. *Rev. obst. et gynéc.* Par., 1890, VI, 266-269. — **Roberston**. Rupture of the pelvic floor; its causes; précaution, Cure. *Glasgow. M. J.*, 1890, XXXIV, 87-97. — **Roncaglia**. Ulteriore contributo allo studio della placenta Marginata. *Ann. di ost. e gynec.* Milano, oct. 1890, p. 610. — **Sack**. Zur Therapie und Atiologie der placenta prœvia. *Cent. f. gyn.*, 1890, nº XXXXIII, p. 765. — **Simpson**. Two cases of placenta prævia. *Brit. med. J.* Lond., 1890, II, 815. — **Smith**. Phlegmonous erysipelas during pregnancy. *Am. J. obst.*, N.-Y. 1890, XXIII, 1,076-1,078. — **Stapfer**. Remarques sur la température des accouchées et sur les accidents infectieux réputés tardifs. *Union méd.* Par., 1890, 157-196-220. — **Steffeck**. Bacteriologische Begründung d. Selbsinfection. *Zeit. f. Geb. u. gyn.* 1890,, Bd XX, Hft 2, p. 339. — **Sylvester**. Fibroïd tumor of both ovaries, with uninterrupted progress of gestation to full term. *N. Eng. M.*

Gaz., Bost., 1890, XXV, 397. — **Taylor.** Rupture of the vagina and escarpe of the fœtus and placenta in the peritoneal cavity. *Med. News. Phila.*, 1890, LVII, 397. — **Van der Meij.** Over ruptura uteri gravidi. *Nederl. Tijdschr. v. Verlosk, en gynæc.*, Haarlem, 1889, I, 235, 270. — **Varnier.** Des procidences. *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enfance*, novembre 1890, p 321. — **Villa.** Contributo allo studio della polmonite in gravidanza. *Annali di Ost. e Gynec.* Milano, oct. 1890, p. 641.

THÉRAPEUTIQUE ET ANTISEPSIE. — **Auvard.** De l'antisepsie en gynécologie et en obstétrique. *Arch. de toc.*, 1890, n° X, p. 657. **Chassagny.** Traitement des hémorragies utérines par l'appareil elytroptérygoïde. *Lyon med.*, 14 décembre 1890, p. 521. — **Eisenhart.** Sublimatintoxikation (per os) mit gunstigen Ausgang. *Cent. f gyn.*, 1890, n° L, p. 897. — **Glöcker.** Beitrag zur Asepsis in der Geburshülfe. Klinische Geburt ohne interne Desinfection. *Deutsch. m. Wchschr.*, Leipz, 1890, XVI, 724-727. — **Halbertsma.** Over de actieve behandeling by Eclampsia gravidarum. *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk*, Amst., 1890, XXVI, 131-134. — **Hübener.** *Ueber sublimat-und carbolausspülungen des puerperalen utérus, nebst einigen Bemerkungen über die Verwendung des Creolins zu diesem Zweke.* Berlin, 1890. — **Lusk.** Antisepsis in midwifery. *Tr. Ass. Am. Physicians.* Phila., 1890, V, 81-92. — **Raymond.** Traitement chirurgical de la péritonite puerpérale. *Gaz. d. hôp.* Par., 1890, LXIII, 891. — **Scherck.** Asepsis and Antisepsis, as practised in the obstetrical department of the Royal hospital for women in Dresden. *N. Orl. M. et S. J.*, 1890, I, XVIII, 273-278. — **Schouwman.** Over de behandeling von uterus bloe dingen post-portum met tamponade. *Nederl, Tijdschr, v. Verlosk. en gynæc.*, Haarlem, 1890, I, 256-265. — **Stadfeldt,** Die Antiseptik in der Geburshilfe mit besonderer Rücksicht der Hebammenpraxis. *Wien. med. Wchschr.*, 1890, XL, 1,409-1,413. — **Tarnier.** De l'antisepsie par les sages-femmes. *Semain. méd.* Par., 1890, X, 353-355.

VARIA. — **Brunon.** Accouchement chez une primipare sans douleurs vives et à l'insu de la parturiente. *Arch. de toc.*, 1890, n° XI p. 785. — **Chambers.** A case of uterine pregnancy supervening on ectopie gestation, wich had persisted four years. *Intercolon. M. Cong. Tr.* Melbourne, 1889, II, 697-702. — **De Pradel.** Influence du tabac sur la grossesse. *Gaz. méd. de l'Algérie*, Alger. 1890, XXXV, 92; 107. — **Erdmann.** Ueber alte Erstgebarende und ihre Sterblichkeit unter dem Einflusse der Antisepsis. *Arch. f. gyn.*, 1890, Bd 39, Hft I, p. 53. — **Goodell.** Phantom tumours. *Med. News.* Phila., 1890, LVII, 409-411. — **Hope.** Delivery of a nearly normal placenta a year after abortion. *Virginia M. Month.* Richmond, 1890-1, XVII, 540-542. — **Chalmers Cameron.** Some further remarks upon the influence of Leukaemia upon pregnancy and labor. *The Am. J.* Phila., nov. 1890, t. II, p. 479. — **Subtil.** Une fiancée vierge et mère. Curieux cas de fécondation artificielle. *J. de med.de Paris.*, 1890, II, 559-534. — **Tait (L.).** The after history of a case of cœsarean section., *Lancet.* Lond., 1890.

Le gérant: G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Février 1891

TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'ACCOUCHEMENT PROVOQUÉ (1)

Par le Professeur **A. Pinard**

Je donne ici le résumé des cent observations qui sont consignées dans mes registres.

J'aurais voulu que ces observations fussent plus complètes et par cela même plus démonstratives ; je reconnais que les lacunes sont nombreuses et j'espère les faire disparaître au moins en partie dans les observations futures. Mais telles qu'elles sont, elles suffiront cependant, je le crois du moins, à montrer ce qu'on doit attendre de l'accouchement provoqué.

(1) Voir les *Annales de Gynécologie*, janvier 1891.

TABL[illegible]

Comprenant le résumé de cent observations d'accouchement provoqu[illegible]

N^os	Initiales	Bassin Diam. pr.-s.-pub.	Antécédents (2)	Age de la grossesse	Placement du ballon Tarnier	Apparition des premières douleurs	Expuls[illegible] du bal[illegible]
							An[illegible]
1	K.-F.	9c 1/2	—	D. R. 10 mai	19 fév. 10 h. mat.	Immédiate.	[illegible]
2	D.	8c 8	1 accouch. à terme. Basiotripsie.	D. R. 8 juillet	3 mars 9 h. mat.	3 mars midi	[illegible]
3	B.	8c	1 accouch. à terme. Version. Enfant mort.	D. R. 6 juillet	2 avril 10 h. mat.	Immédiate.	2 avril [illegible]
4	P.	9c 1/2	—	D. R. 11 nov.	4 juill. 10 h. mat.	Immédiate.	[illegible]
5	G.	9c 3	—	D. R. 20 déc.	4 août 10 h. mat.	4 août 8 h. s^r	5 août 11 [illegible]
6	M.	10c scolio-rachitique	—	8 mois 1/2	27 août 10 h. mat.	27 août 6 h. s^r	27 août [illegible]
7	H.	8c 1/2	2 accouch. ant. ayant nécessité deux céphalotripsies (dans le service).	D. R. 7 février	19 oct. 10 h. mat.	19 oct. 8 h. s^r	20 octo[illegible] sans de[illegible] de trav[illegible] 21 octo[illegible] 2e ballo[illegible] gros. exp[illegible] dans la [illegible] sans tra[illegible] Dilatat[illegible] de Barn[illegible]
8	M.	10c 2	—	D. R. 19 mars	23 déc. 11 h. mat.	23 déc. à 1 h.	23 déc[illegible] 10 h. [illegible]
							An[illegible]
9	P.	Obliq. ovalaire	1 accouch. à terme. Céphalotripsie	D. R. 18 oct.	16 mai 10 h. mat. deux ballons crèvent.	Quelques instants après.	5 h. 1/2 [illegible] Le 18 [illegible] à 10 h. [illegible] on intro[illegible] une son[illegible] qu'on e[illegible] le 19 [illegible] Le 20 no[illegible] sonde p[illegible] grosse, [illegible] à dem[illegible] jusqu'[illegible]

(1) Quelques-unes de ces observations datant de 1888 et 1889 ont déjà paru dans le t[illegible]
(2) Le tiret dans la colonne *antécédents* indique la *primiparité*.
(3) La dénomination : *terminaison spontanée*, implique la présentation du sommet.

ATISTIQUE

Maternité de Lariboisière et à la Clinique Baudelocque, de 1883 à 1891 (1)

ıpture des embranes	Dilatation complète	Terminaison (3)	Etat des enfants au moment de la naissance	Suites de couches	Date de la sortie Etat de l'enfant
83					
›ontanée. › févrıer, . 1/2 matin	20 février, 10 h. matin.	Spontanée. 10 h. 45 matin	Vivant. Garçon. 2750 gr.	Physiologiques.	28 février. Enfant pesant 3070 gr.
rtificielle › dilatation ›omplète	6 mars, 9 h. mat.	Spontanée. 6 mars, 10 h. mat.	Vivant. Garçon. 1370 gr.	Physiolog.	16 mars. Enfant mort le 4e jour.
rtificielle dilatation omplète	4 avril, 9 h. mat.	Application infructueuse de forceps. Basiotripsie à 11 h. 50 matin	Mort. Garçon. 2580 gr. sans substance cérébrale	Physiolog.	15 avril.
rtificielle › dilatation omplète	5 juillet, 10 h. matin.	Version à 10 h. 1/2	Vivant. Fille. 1730 gr.	Physiolog.	15 juillet. Enfant mort 24 heures apr. la naissance
›ontanée. ıt, 5 h. soir	Quelques minutes après	6 août, 5 h. 1/2 s.	Vivant. Garçon. 1800 gr.	Physiolog.	16 août. Enfant bien portant.
tificielle. ›ût, 2 h. soir	29 août, 4 h. soir	Spontanée. 29 août, 5 h. soir	Vivant. Garçon. 2700 gr.	Physiolog.	17 septembre. Enfant pesant 3060 gr.
tificielle. t., 8 h. mat.	24 oct., 8 h. mat.	Basiotripsie.	—	Physiolog.	3 novembre.
tificielle 0 h. soir	24 décembre, 9 h. 1/2 matin	Forceps. 10 h. 1/2 matin	Garçon vivant. 3300 gr.	Physiolog	10 janvier. Enfant pesant 3320 gr.
34					
›ontanée. ıi, 11 h. soir. ocidence ı cordon. ropulsion.	22 mai, 1 h. mat.	Version. 22 mai, 1 h. mat.	Garçon. 2500 gr. Né en état de mort apparente. Ranimé après 40 minutes d'insufflation.	Patholog.	12 juin. Sortie bien portante. Enfant en bon état. Revu en bonne santé en 1886.

locteur Champetier, *loc. cit.*

Nos	Initiales	Bassin Diam. pr-s-pub.	Antécédents	Age de la grossesse	Placement du ballon Tarnier	Apparition des premières douleurs	Exp… du …
10	R.	9c 1/2	Secondipare	D. R. 17 mars.	3 déc. 10 h. mat. Trois ballons se rompent successivement. Introduction d'une sonde.	Peu après	Extr… de la … le 4 d… à 3 h. d…
11	B.	10c 1/2	1 accouch. en Belgique. Forceps. Enfant mort le 4e jour.	Près du terme.	22 déc. 10 h. mat.	22 décembre midi 1/2	Intact … l'expu… de la …
							Am…
12	D.	10c	1 accouch. prématuré à 8 mois. Enfant vivant.	D. R. 8 mars.	2 janv. 10 h. 1/2 matin. Introduction le 3 janvier à 10 h. matin d'un dilatateur de Barnes	3 janv. midi.	Dans … du 3 j…
13	C.	9c 1/2	Secondipare.	Près du terme.	2 févr., 11 h. mat.	1 h. apr.-midi	2 fév., 6 …
14	P.	9c 1/2	1 céphalotripsie à terme. 1 accouch. prov. à 7 m. 1/2. Version. Enfant mort.	D. R. 20 sept.	16 mai, 10 h. 1/2 matin.	16 mai, 4 h. sr	16 mai…
15	I.	9c	—	8 mois.	20 juin, 10 h. mat.	dans l'après-midi.	Expulsé … après … de l'e…
16	L.	10c	—	D. R. 18 nov.	3 août, 10 h. mat.	9 h. 1/2 soir	3 août. … sans r… Introd… d'une … à 9 h. …
17	M.	10c	—	D. R. 20 nov.	28 août, 9 h. mat.	28 août, midi	
							Am…
18	D	8c 3	1 accouch. Basiotripsie.	7 mois 1/2	5 mars.	5 mars.	

ıpture des embranes	Dilatation complète	Terminaison	Etat des enfants au moment de la naissance	Suites de couches	Date de la sortie Etat de l'enfant
pontanée. décembre, . 1/2 matin	5 déc., 7 h. mat.	Spontanée. 8 1/2 matin (Face)	Fille vivante. 2900 gr.	Physiolog.	14 décembre. Mère et enfant en bon état.
éc., 3 h. mat.	23 déc. 8 h. mat.	Spontanée. 23 déc. 10 h. 1/2	Garçon vivant. 3750 gr.	Physiolog.	1er janvier. Mère et enfant en bon état.
ı85					
3 janvier. ıtation de 2 fr.	3 janv., 6 h. soir	Spontanée. 7 h. 1/2	Garçon vivant. 3600 gr.	Physiologiques.	11 janvier. Mère et enfant en bon état.
Spontanée. ;v., 9 h. mat.	3 fév., 6 h. 1/2	Spontanée. 3 fév., 7 h. mat.	Garçon vivant. 3000 gr.	Physiolog.	18 février. Enfant pesant 3000 grammes à la sortie.
mai au matin	18 mai, 3 h. 1/2 matin.	Spontanée. 18 mai, 7 h. mat.	Fille vivante. 1250 gr.	Physiolog.	28 mai. Enfant mort le lendemain de sa naissance.
Spontanée. 21 juin	22 juin, 10 h. 1/2 soir.	Spontanée. 22 juin, 11 h. 1/2 soir.	Garçon vivant. 2500 gr.	Physiolog.	4 juillet Enfant pesant 2650 grammes.
Spontanée. oût, 2 h. mat.	4 août, 3 h. mat.	4 août, 3 h. mat.	Fille vivante. 2300 gr.	Physiolog.	13 août. Enfant pesant 2300 grammes.
Spontanée. août, 9 h. soir	30 août, 4 h. mat.	Spontanée. 30 août, 5 h. 1/2 matin.	Garçon. 2900 gr. Mort apparente. Ranimé après 1 h. 1/2 d'insufflation.	Physiolog.	9 septembre. Enfant mort le 31 août.
886					
Artificielle. nars, 2 h. mat.	6 mars, 6 h. mat.	Spontanée. 6 mars, 10 h. matin.	Garçon vivant. 1370 gr.	Physiolog.	17 mars. Enfant mort dans la couveuse le 4e jour.

Nos	Initiales	Bassin Diam. pr-s-pub	Antécédents	Age de la grossesse	Placement du ballon Tarnier	Apparition des premières douleurs	Expuls du bal
19	B.	8c	1 accouch. Version. Enfant mort.	8 mois 1/2	2 avril, 10 h. mat.	Immédiate	2 avril. 5 [illegible]
20	J.G.	9c 3	Primipare.	7 mois 1/2	4 août, 10 h. mat.	4 août, 8 h. s'	5 août 11 [illegible]
21	A. M.	8c 5	Primipare.	8 mois 1/2	27 août, 10 h. mat.	27 août, 2 h. sr	?
22	H. H.	8c 5	2 accouch. ant. 2 céphalotripsies.	8 mois 1/2	19 oct. (1er ballon) 2e introduction d'un bal. Tarn 3e introduction d'un ballon de Barnes.	Dès l'introduction des ballons, cessant après leur expulsion.	?
23	L. M.	10c	Primipare.	Près du terme.	23 déc, .10 h. mat.	23 déc., midi	23 déc. 1[illegible]

Ann[illegible]

Nos	Initiales	Bassin Diam. pr-s-pub	Antécédents	Age de la grossesse	Placement du ballon Tarnier	Apparition des premières douleurs	Expuls du bal
24	F. A.	Asymétrique	Primipare.	Près du terme.	4 janvier. Introduction d'un 2e ballon le 5 janvier à 10 h. du matin.	Vers minuit le 4 janvier	Le 1er [illegible] à 2 h. [illegible] le 4 jan[illegible] Le 2e ex[illegible] le 5 ja[illegible] à 9 h. [illegible]
25	J. M.	10c 2	1er accouch. Enfant macéré. 2e accouch. Enfant macéré.	8 mois	26 février, 10 h. matin.	26 fév., midi	?
26	M. C.	10c 5	1er accouch. provoqué.	8 mois et 1/2	Deux introductions du ballon le 5 mai.	5 mai, 1 h. soir	?
27	J. D.	9c 2	Primipare.	Près du terme.	Introduction d'un ballon Gariel le 27 juillet à 10 h. matin	27 juillet, 11 h. soir	?
28	J. B.	9c 8	1 accouch. à terme. Forceps. Enfant mort.	8 mois et 1/2	Ballon Champetier 25 août 11 h. mat.	25 août, 1 h. soir	?

ıpture des embranes	Dilatation complète	Terminaison	Etat des enfants au moment de la naissance	Suites de couches	Date de la sortie Etat de l'enfant
rtificielle. ·il, 10 h. mat.	4 avril 10 h. mat.	Forceps infructueux. Basiotripsie le 4, à 11 h. mat.	Garçon. 2880 gr. sans substance cérébrale.	Physiolog.	17 avril.
pontanée. ›ût, 5 h. soir	6 août, 5 h. soir	Spontanée. 6 août, 5 h. 20 s^r	Garçon placé dans la couveuse, se développe bien	Physiolog.	17 août. Enfant en bon état.
›pontanée. 29 août.	29 août, 4 h. soir	Spontanée. 29 août, 5 h. soir	Garçon vivant. 2700 gr.	Physiolog.	18 septembre. Enfant en bon état.
·rtificielle. Dilatation me la paume .e la main.	24 oct., 8 h. 40 du soir	Basiotripsie deux broiements le 24 oct. à 9 h. s^r	Fille. pesant 2000 gr. sans substance cérébrale.	Physiolog.	4 novembre.
·rtificielle a dilatation complète.	24 déc. 9 h. 1/2 matin	Forceps le 24 à midi.	Garçon vivant. 3300 gr.	Physiolog.	3 janvier. Enfant en bon état.

387

Artificielle, le 6 janv. 1 h. 1/2 matin	6 janv., 11 h. 1/2 matin.	Spontanée. le 6 janv. à 1 h. soir.	Fille vivante 1980 gr.	Physiol.	16 janvier. Enfant en bon état.
Spontanée, 28 à 5 h. mat.	28 fév., midi.	Forceps au détroit inf.	Enfant vivant 2500 gr. légère paralysie faciale.	Physiol.	10 mars. Enfant en bon état.
Spontanée, au début du travail.	6 mai, 9 h. 1/2 soir.	Spontanée le 6 à 10 h. soir.	Enfant vivant 2650 gr.	Physiol.	30 mai. Enfant en bon état.
tificielle, le 28 6 h. 50 soir.	Le 28 à 6 h. 50 soir.	Basiotripsie.	Enf. 3020 gr. sans substance cérébrale.	Physiol.	7 août.
Artificielle, la dilatation complète	Le 25 à 11 h. s^r	Version à minuit	Enfant pesant 2930 gr. Mort pendant le travail.	Physiol.	5 septembre.

Nos	Initiales	Bassin Diam. pr-s-pub	Antécédents	Age de la grossesse	Placement du ballon	Apparition des premières douleurs	Expuls du ba
29	M. B.	Promontoire accessible.	Primipare.	8 mois et 1/2	Ballon Tarnier 22 novembre, 10 h. matin.	22 novembre 2 h. soir.	?
30	L. C.	Rétréci.	Secondipare.	8 mois	Ballon Tarnier 22 novembre 10 h. matin. Dilatateur Barnes, le 26 à 10 h. matin.	Immédiate après l'introduction du ballon Tarnier, cessant avec son expulsion, reparaissant après l'introduction du Barnes.	?
31	H.	Rétréci.	—	8 mois	Deux introductions du ballon Tarnier le 2 décembre.	4 déc. à 10 h. matin.	?
32	D.	8c 3	1er accouch. provoqué 7 mois 1/2. Enfant mort. 2e accouch. Basiotripsie. 7 mois	—	Ballon Tarnier le 2 décembre Trois introductions du ballon de Barnes.	7 déc. à 10 h. matin.	?
							Ann
33	N.	Rétréci et asymétriq.	Primipare	Près du terme.	Ballon Tarnier le 14 janvier à 10 h. matin	14 janv., 2 h. soir.	15 janv 2 h. s
34	B.	Rétréci.	—	Près du terme.	1re introd. du ballon Tarnier le 30 janvier, 10 h. matin. 2e introd. le 1er février.	2 fév. midi.	1er ba expu le 30 janv le 2e le 1 6 h. s
35	T.	Oblique ovalaire	1 accouch. ant. Basiotripsie	8 mois	Ballon Champetier, 31 mai, 10 h. mat.	31 mai midi.	?
36	D.	10c	4 accouch. 1er siège. 2e sommet. 3e épaule. 4e ?	8 mois.	Ballon Champetier, 14 juin, 11 h. matin.	le 15 à 6 h. soir.	le 15 à 9 h
37	R.	—	8 accouch. antér.	8 mois et 1/2	Ballon Champetier. le 15 juin à 10 h. matin.	le 15 à 1 h. soir.	?

ıpture des ·mbranes	Dilatation complète	Terminaison	Etat des enfants au moment de la naissance	Suites de couches	Date de la sortie Etat de l'enfant
pontanée, dilatation complète.	Le 23, à 6 h. matin.	Spontanée. le 23 à 6 h. 1/2 matin.	Enfant vivant. 2730 gr.	Physiol.	2 décembre. Enfant en bon état.
pontanée. dilatation omplète.	Le 26, à 10 h. 1/2 soir.	Spontanée, le 26 à 10 h. 45 soir.	Enfant vivant. 2550 gr.	Physiol.	6 décembre. Enfant en bon état.
pontanée. dilatation complète.	5 déc., 3 h. mat.	Spontanée, 5 déc. à 5 h. 1/4 matin.	Enfant vivant. 2050 gr.	Physiol.	16 décembre. Enfant en bon état.
rtificielle, dilatation omplète.	7 déc., 9 h. soir	Forceps, le 8 à 3 h. 1/2 matin.	Enfant mort pendant le travail. 2300 gr.	Physiol.	22 décembre.
188					
ıtanée, le 15 2 h. soir.	le 16, à 8 h. 1/2 soir	Forceps. au détroit sup' le 16, à 10 h. soir	Enfant vivant. 3060 gr.	Physiol.	27 janvier. Enfant en bon état.
rtificielle, févr. 10 h. matin.	2 fév, 6 h. 1/2 soir,	Spontanée, 2 fév. 8 h. soir.	Enfant vivant. 3350 gr.	Physiol.	18 février. Enfant en bon état.
rtificielle, dilatation complète.	31 mai 7 h. soir	Version 31 mai 7 h., soir.	Enfant vivant. 3220 gr.	Physiol.	16 juin. Enfant en bon état.
ıtanée, le 15 9 h. soir.	le 15 à 9 h. soir	Version céphalique par manœuvre ext. Accouch. spontané, le 15 à 10 h. soir.	Enfant vivant. 2380 gr.	Physiol.	29 juin. Enfant en bon état.
ficielle, après tropulsion du bras du cordon i faisaient dence.	?	Spontanée, le 15 juin à 6 h. 40 soir.	Enfant vivant. 2800 gr.	Physiol.	24 juin. Enfant mort le 3e jour.

Nos	Initiales	Bassin Diam. pr-s-pub	Antécédents	Age de la grossesse	Placement du ballon	Apparition des premières douleurs	Expu[illegible] du ba[illegible]
38	P.	Rétréci	—	8 m. 1/2	Bal. Champetier le 26 avril à 10 h. matin	26 avril, 10 h. matin	[illegible]
39	C.	11c 1/2	Secondipare	8 m. 1/2	Bal. Tarnier 30 avril à 10 h. matin Bal. Champetier le 2 mai.	2 mai, 1 h. 1/2 soir,	1er ball[illegible] 1er mai 3 [illegible] Bal. Ch[illegible] tier, 2 [illegible] 10 h. [illegible]
40	G.	9c 1/2	Secondipare. 1 accouch. Enfant petit, mort quelques jours après sa naissance.	Près du terme.	Bal. Champetier 21 juillet 10 h. matin.	21 juillet, 11 h. 1/2 m.	[illegible]
41	P.	Obliq. ovalaire	Primipare.	Près du terme.	Bal. Champetier 24 juillet 10 h. matin.	24 juillet, 1 h. 1/2 soir	[illegible]
42	D.	Exostose de la symphyse sacro-iliaque gauche.	—	8 mois.	Bal. Champetier 30 juillet 10 h. matin.	30 juillet, 2 h. soir.	[illegible]
43	L.	8c 8	2 accouch. ant. 2 applications de forceps.	8 mois.	Bal. Champetier 30 juillet 10 h. matin.	30 juillet, 2 h. soir.	
44	P.	9c 3	2 accouch. ant. 1er accouch. basiotripsie. 2e accouch. prov. 7 m. 1/2. Version. Enfant mort.	7 mois 1/2	Bal. Champetier 5 octobre 10 h. matin.	5 octobre, 1 h. soir.	[illegible]
45	B.	9c 7	Primipare.	Près du terme.	Bal. Champetier 6 octobre 10 h. matin.	6 octobre, midi.	[illegible]
46	G.	Rétréci		7 mois 1/2	Bal. Champetier 20 octobre 10 h. matin.	20 octobre, vers midi.	[illegible]
47	D.	Rétréci dans tous ses diamètr.	Primipare.	Près du terme.	Bal. Champetier 28 octobre 10 h. matin.	le 28 à 11 h. du soir	[illegible]
48	P.	Cyphose Bassin vicié au détroit infér.	2 accouch. provoqués.	Près du terme.	Bal. Champetier 10 décembre à 10 h. matin.	10 décembre à midi.	[illegible]

...pture des ...mbranes	Dilatation complète	Terminaison	Etat des enfanis au moment de la naissance	Suites de couches	Date de la sortie Etat de l'enfant
...ontanée, dilatation ...omplète	26 avril, 8 h. soir	Spontanée, le 26 à 8 h. 40 s.	Enfant vivant. 2720 grammes.	Phisiologiques	5 mai. Enfant en bon état.
...rtificielle dilatation ...mplète.	2 mai, 8 h. soir	Spontanée, le 2 mai 8 h. ½ s.	Enfant vivant. 2720 grammes.	Physiolog.	11 mai. Enfant en bon état.
...ontanée, dilatation ...omplète.	le 21 à 2 h. 20 s.	Forceps, le 21 à 7 h. soir	Enfant vivant. 3650 grammes.	Physiolog.	31 juillet Enfant en bon état.
...tificielle, dilatation ...omplète.	24 juil., 5 h. ½ s.	Version, le 24 à 7 h. soir	Enfant vivant. 2930 grammes.	Physiolog.	18 août. Enfant en bon état.
...ontanée, ...0 juillet ...h. 15 soir.	30 juil., 10 h. s.	Version, 30 juil. 10 h. 15 s.	Enfant vivant. 2050 grammes,	Physiolog.	9 août. Enfant mort le lendemain de sa naissance.
...rtificielle, dilatation ...omplète.	30 juil., 10 h. s.	Version, 30 juil. 10 h. ¼ s.	Enfant vivant. 2100 grammes.	Physiolog.	13 août. Enfant en bon état.
...tificielle, ... dilatation ...omplète.	Le 5 à 8 h. soir.	Forceps, le 5 à 10 h. soir	Enfant vivant. faible 2200 gr.	Physiolog.	16 octobre. Enfant mort le lendemain de sa naissance.
...rtificielle, ... dilatation ...omplète.	6 oct. à 7 h. s.	Forceps, le 6 à 7 h. 20 soir	Enfant vivant. 2780 grammes.	Physiolog.	15 octobre. Enfant en bon état.
...rématurée, 18 octobre.	Le 20 à 10 h. ¼ s.	Forceps, le 20 à minuit	Enfant vivant. 1870 grammes.	Physiolog.	2 novembre. Enfant en bon état.
...pontanée, ... à 10 h. soir.	?	Basiotripsie (2 broiements) 31, à midi	Enfant pesant 3500 grammes, sans substance cérébrale.	Elévat. de températ. maximum 38°, 5 du 3e au 5e jr.	28 novembre. Tr. bien portante.
...rtificielle, ...a dilatation ...omplète.	10 déc. à 5 h. ½ s.	Forceps au dét. inférieur le 10 à 3 h. 3/4	Enfant vivant. 2900 grammes.	Physiolog.	23 décembre. Enfant en bon état.

Nos	Initiales	Bassin Diam. pr-s-pub	Antécédents	Age de la grossesse	Placement du ballon	Apparition des premières douleurs	Expu… du te…
49	B.	Rétréci.	Primipare.	Près du terme.	Bal. Champetier 11 décembre 10 h. matin.	N'a pas eu de douleurs.	
50	P.	Rétréci.	Secondipare.	Près du terme.	Bal. Champetier 18 décembre 10 h. matin.	18 décembre à midi 1/2	
							A…
51	P.	Rétréci.	2 accouch. ant. 1er forceps 2e accouch. prov. à 8 mois	7 mois 1/2	Bal. Tarnier, 5 janvier, 10 h. matin	5 janv., 1 h. s.	
52	R.	Rétréci.	1er accouch. à terme. Forceps.	8 mois.	1er Bal. Tarnier. 5 janvier, 8 h. matin Expulsé et remp. par un dilatat. Champetier, le 5 à 10 h. du soir.	5 janv., 6 h. s.	
53	F.	—	Secondipare.	8 mois.	Bal. Tarnier remplacé par le dilatateur Champetier, le 16 janvier à 10 h. matin.	16 janvier, 9 h. soir.	
54	M.	9c 1/2	Primipare.	Près du terme.	Bal. Tarnier remplacé par le dilatateur Champetier, le 25 janvier à 10 h. matin.	25 janvier, 4 h. soir.	
55	P.	Rétréci.	5 accouch. à terme. 4 applications de forceps. 1 extraction par le siège.	8 mois 1/2	Bal. Champetier, 2 mars, 10 h. matin.	2 mars, midi.	
56	F.	Rétréci.	Secondipare.	8 mois.	Bal. Champetier, 7 mars, 10 h. matin.	7 mars, midi.	
57	M.	Asymétrique.	1 accouch. ant. provoqué. Forceps.	8 mois.	Bal. Champetier, 8 mars, 10 h. matin.	8 mars, 11 h. matin.	
58	N.	Obliq. ovalaire.	1 accouch. prov. à 8 m. 1/2	8 mois 1/2	Bal. Champetier, 8 avril, 10 h. matin.	8 avril, 2 h. s.	

ıpture des embranes	Dilatation complète	Terminaison	Etat des enfants au moment de la naissance	Suites de couches	Date de la Sortie Etat de l'enfant
:cidentelle ntroduisant e ballon.	11 déc. à 5 h. ½ s.	Forceps au dét. supérieur 11 déc. à 5 h. ½ s.	Enfant mort penda^nt le travail 3470 grammes.	Physiolog.	26 décembre
:cidentelle ntroduisant le ballon.	Le 18 à 3 h. 50	Extraction du siège le 18 à 4 h. soir	Enfant vivant 3050 grammes.	Physiolog.	28 décembre Enfant mort le 3e jour.
ı89					
.rtificielle, à 10 1/2 mat.	6 janvier, à 10 h. 1/2 mat. rétrocession du travail.	Spontanée, le 7 à 8 h. mat.	Enfant vivant. 2500 gr.	Physiologiques	18 janvier. Enfant en bon état.
.rtificielle, a dilatation complète.	6 janv., 1 h. s.	Version, 6 janvier 1 h. 1/2 soir.	Enfant vivant. 2400 gr.	Physiolog.	20 janvier. Enfant mort le lendemain de sa naissance.
Artificielle, a dilatation complète.	17 janvier, 5 h. 1/2 soir.	Forceps au détr. supérieur, le 18 à 11 h. matin.	Enfant mort pendant le travail. 2000 gr.	Physiolog.	29 janvier.
Artificielle, la dilatation complète.	26 janvier, 9 h. 1/2 matin.	Forceps au détr. supérieur, le 26 à 10 h. 1/2 mat.	Enfant vivant. 3280 gr.	Physiolog.	6 février. Enfant en bon état.
Artificielle, la dilatation complète.	2 mars, 6 h. 1/2 soir.	Forceps au détr. sup., le 2 mars à 7 h. 1/2 soir.	Enfant mort. 3750 gr.	Physiolog.	14 mars.
?	8 mars, minuit.	8 mars, 4 h. 1/2 matin. Siège.	Enfant mort pendant le travail. 2730 gr.	Physiolog.	18 mars.
Artificielle, la dilatation complète.	8 mars, 5 h. 1/2 soir.	Spontanée, 8 mars, 6 1/4 soir.	Enfant vivant. 2610 gr.	Physiolog.	21 mars. Enfant en bon état.
Artificielle, la dilatation complète.	9 avril, à 10 h. matin.	Spontanée, le 9 avril, à midi 1/2.	Enfant vivant. 2100 gr.	Physiolog.	23 avril. Enfant en bon état.

Nos	Initiales	Bassin Diam. pr-s-pub	Antécédents	Age de la grossesse	Placement du ballon	Apparition des premières douleurs	Expu[illegible] du ba[illegible]
59	M.	Rétréci	1 accouch. prov. à 8 m. 1/2	8 mois	Bon Tarnier 12 avril 9 h. matin Bon Champetier le 18 avril à 9 h. matin	?	[illegible]
60	S.	Rétréci	4 accouch. 2 spontanés. 1 forceps. 1 accouch. provoqué	8 mois	Bon Champetier 12 avril 10 h. matin	12 avril midi	[illegible]
61	L.	Rétréci	Tertipare	8 mois 1/2	Bon Tarnier 22 avril 10 h. matin Bon Champetier 24 avril	24 avril 2 h. matin	[illegible]
62	C.	Coxalgique	—	Près du terme	Bon Tarnier 11 mai 10 h. matin Bon Champetier 18 mai 10 h. matin	12 mai 7 h. s	[illegible]
63	A.	Rétréci.	3 accouch. ant. 1er sommet enf. macéré. 2e siège, mort pendant le travail. 3e accouch. prov. à 8 mois.	8 mois.	Bal. Tarnier, 20 mai. Bal. Champetier, 22 mai.	22 mai, 4 h. matin.	[illegible]
64	D.	Petit. Rétréci et symétrique.	1er accouch. prov. à 7 mois et une semaine.	8 mois 1/2	Bal. Champetier, 7 octobre, 9 h. 1/2 matin.	7 oct., midi.	7 oct., 6 [illegible]
65	M. B.	Rétréci.	Secondipare.	8 mois 1/2	Bal. Champetier, 10 octobre, 9 h. 1/2 matin.	10 oct., 6 h. s.	11 oct., [illegible]
66	F. B.	Rétréci.	Secondipare.	8 mois 1/2	Bal. Tarnier, le 30 octobre, 9 h. 1/2 matin.	31 octobre, 5 h. matin.	Derri[illegible] l'enfa[illegible]
67	C.	9c 1/2	Primipare.	8 mois.	Bal. Tarnier, 10 h. matin. Bal. Champetier, à 3 heures, le 10 novembre.	Immédiate.	Bal. Tar[illegible] à 2 heu[illegible]
68	M.	9c	1er accouch. à 7 mois, 2e accouch. à terme Basiotripsie.	7 mois.	Bal. Champetier, 28 nov. 10 h. mat.	28 nov. 1 h.	28 nov., 1[illegible]

›ture des ›mbranes	Dilatation complète	Terminaison	Etat des enfants au moment de la naissance	Suites de couches	Date de la sortie Etat de l'enfant
tificielle dilatation ›mplète	13 avril, midi 1/2	Spontanée. le 13 à midi 50	Enfant vivant. 2090 gr.	Physiolog.	16 mai. Enfant en bon état.
tificielle dilatation ›mplète	12 avril 6 h. 1/2 soir	Version le 12 à 7 h. soir	Enfant vivant. 2190 gr.	Physiolog.	2 mai. Enfant en bon état.
·tificielle dilatation omplète	24 avril à 1 h. 1]2 soir	Siège. Version céphalique par man. externe. Accouch. spontané par le sommet le 24 à 3 h. soir	Enfant vivant. 2750 gr.	Physiolog.	9 mai. Enfant en bon état.
:tificielle dilatation omplète	13 mai 7 h. s'	Version le 13 à 7 h. soir	Enfant vivant 3350 gr.	Physiolog.	26 mai. Enf. en bon état
·tificielle, dilatation omplète.	22 mai, 10 h. s.	Version, 22, à 10 h. soir.	Enfant vivant. 2800 gr.	Physiolog.	1er juin. Enfant en bon état.
rtificielle, s l'expulsion u ballon.	7 oct., à 8 h.	Spontanée, 7 oct., 9 h. 1/2.	Enfant vivant. 3220 gr.	Physiolog.	17 octobre. Enfant en bon état.
rtificielle, 0 h. 1/4.	1 heure 1/4.	Siège, le 11 oct., 1 h. 1/2 soir.	Enfant vivant. 2560 gr.	Physiolog.	27 octobre. Enfant mort le 11e jour. Spina bifida.
Spontanée, 31 oct., 6 h. matin.	31 octobre, 4 h. soir.	Spontanée, 31, 4 h. 1/2 soir.	Enfant vivant. 2700 gr.	Physiolog.	15 novembre. Enfant en bon état.
a dilatation omplète.	A 6 h. du soir.	Spontanée, à 6 h. 1/2.	Enfant vivant. 2200 gr.	Physiolog.	23 novembre. Enfant en bon état.
?	28, à 9 h. 1/2 s.	28, nov. 10 h. s. Siège.	Enfant vivant. 1600 gr.	Physiolog.	14 décembre. Enfant mort le lendemain de sa naissance.

Nos	Initiales	Bassin Diam. pr-s-pub	Antécédents	Age de la grossesse	Placement du ballon	Apparition des premières douleurs	Ex du
							Am
69	M.	Rétréci	1er accouch. à terme Basiotripsie	Près du terme	Bon Champetier 3 janv. 10 h. mat.	?	3 janv
70	B.	Rétréci	Primipare	Près du terme	Bon Champetier 27 janv. 9 h. mat.	?	27 janv
71	B.	Rétréci	Primipare	Près du terme	Bon Champetier 15 fév. 10 h. mat.	?	15 févr.
72	L. G.	Cyphotique	1 accouch. prov. à 8 m.	7 mois 1/2	Ballon Tarnier 15 fév. 10 h. mat. Bon Champetier 16 fév. 11 h. mat.	?	1er bon le 16 à 9 le 2e à 6 h.
73	S.	Rétréci	Tertipare	Près du terme	Bon Champetier 10 mars 10 h. m.	3 h. soir	6 h.
74	B.	Rétréci	Primipare	Près du terme	Bon Champetier 22 mars 9 h. 1/2 m.	3 h. soir	9 h.
75	M.	Rétréci	Secondipare	Près du terme	Bon Champetier 26 mars 10 h. m.	11 h. matin	5 h.
76	L.	Rétréci	2 accouch. spontanés 1 troisième provoqué	8 mois 1/2	Ballon Tarnier 1er av. 10 h. 40 m.	1er av. 2 h. s.	9 h
77	H.	Rétréci	Primipare	8 mois 1/2	Ballon Tarnier 5 av. 9 h. 1/2 m. 1er Bon Champetier, le 5 à 4 h. 50 s. 2e Bon Champetier le 6 à 10 h. m.	5 avr. 3 h. s.	le 1er 4 h. le 2e 11 h. le 3e midi
78	B.	Aplati dans toute sa moitié gauche.	1er accouch. Basiotripsie	8 mois 1/2	Bon Champetier 18 av. 9 h. 1/2 m.	Midi	5 h. 1
79	P.	Rétréci	1er accouch. Forceps 2e et 3e acc. provoqués	8 mois 1/2	Bon Champetier 2 mai 10 1/2 m.	?	2 mai 4
80	E.	Rétréci	1er accouch. Forceps	8 mois 1/2	Bon Champetier 5 mai 10 h. 3/4 m.	11 h. matin	3 h.

...pture des ...embranes	Dilatation complète	Terminaison	Etat des enfants au moment de la naissance	Suites de couches	Date de la sortie Etat de l'enfant
...890					
...introduisant ...e ballon	3 janv. à 7 h. s.	Spontanée 4 jan. 5 h. 1/2 m.	Enfant vivant. 3830 gr.	Physiolog.	15 janvier. Enfant en bon état
...pontanée ...h. 30 soir	27 janvier 5 h. 1/2 soir	Spontanée 27 janv. 6 h. s.	Enfant vivant. 2625 gr.	Physiolog.	10 février. Enfant en bon état
...rtificielle ...s expulsion ...u ballon	15 fév. 4 h. s.	Siège. Abaissement d'un pied. Extraction 5 h. soir	Enfant vivant. 3680 gr.	Physiolog.	3 mars. Enfant en bon état
...rtificielle ...ès la sortie ...u ballon ...réduction ...n membre ...rocident	16 fév. 6 h. 1/2 s.	16 février. Spontanée 8 h. 1/2 soir	Enfant vivant. 2240 gr.	Physiolog.	24 février. Enfant en bon état
... 1/2 matin	10 mars minuit	Spontanée minuit 1/2	Enfant vivant. 2950 gr.	Physiolog.	22 mars. Enfant en bon état
...rtificielle ...h. 40 soir	9 h. soir	Spontanée 9 h. 45	Enfant vivant. 2970 gr.	Physiolog.	3 avril. Enfant en bon état
5 h. 40	5 h. 30	Siège, extraction 6 h. soir	Enfant vivant. 2240 gr.	Physiolog.	9 avril. Enfant en bon état
...rtificielle ...r. 2 h. mat.	2 avril 3 h. s.	Spontanée 2 avril 4 h. 20 s.	Enfant vivant. 3080 gr.	Physiolog.	21 avril. Enfant mort le 17e jour d'un érysipèle.
...rtificielle ...vr. 1 h. soir	6 avril 2 h. s.	Spontanée 6 avril 2 h. 20 s.	Enfant vivant. 2020 gr.	Lymphangite du sein	20 mai. Enfant en bon état
...rtificielle ...h. 1/2 soir	19 avril 1 h. m.	Forceps au détroit sup. le 19 avr. 2 h. m.	Enfant mort, quelques instants après 3050 gr.	Physiolog.	3 mai.
...h. 1/2 soir	9 h. 1/2 soir	Spontanée 9 h. 45 soir	Enfant vivant. 2720 gr.	Physiolog.	12 mai. Enfant en bon état
...3 h. soir	3 h. soir	Spontanée 4 h. 15 soir	Enfant vivant. 3250 gr.	Physiolog.	17 mai. Enfant en bon état

Nos	Initiales	Bassin Diam. pr-s-pub	Antécédents	Age de la grossesse	Placement du ballon	Apparition des premières douleurs	Expu[illegible] du b[illegible]
81	G.	10c	Primipare	8 mois 1/2	Ballon Tarnier 5 mai 10 h. mat. Bon Champetier 5 mai 5 h. soir	5 mai midi 1/2	Ballon T[illegible] 5 h. [illegible] Bon Cha[illegible] tier, 6 [illegible] min[illegible]
82	M.	Rétréci	2 accouch. provoqués	8 mois 1/2	Bon Champetier 5 mai 10 1/2 m.	Midi	6 mai 4 [illegible]
83	G.	Oblique ovalaire	Primipare	8 mois 1/2	Ballon Tarnier 23 mai 10 1/2 m. Bon Champetier 23 mai 6 h. soir	Midi	1er 23 [illegible] 4 h. [illegible] 2e à [illegible]
84	H.	Cyphotique	3 accouch. ant. provoqués	8 mois 1/2	Bon Champetier 2 juil. 10 h. 40 m.	Midi 45	4 h. 1[illegible]
85	V.	Rétréci	Primipare	8 mois 1/2	1er Bon Tarnier 2 juillet 9 h. ¼ m. 1er Bon Champ. 2 juil. 6 h. 45 s. 2e Bon 6 h. soir 3 juillet	2 juil. 4 h. s.	1er 2 [illegible] 6 h. [illegible] 2e 3 [illegible] 5 h. 45 3e 3 [illegible] 11 h. [illegible]
86	V.	Asymétrie et canaliculé	Primipare	8 mois	Bon Tarnier 17 juillet 9 h. 55 matin Bon Champetier 3 h. soir	Immédiate	1er 3 h[illegible] 2e 19 [illegible] 1 h. 1[illegible]
87	M.	Rétréci	Primipare	Près du terme	Bon Tarnier 9 août 10 h. mat.	2 h. soir	10 août [illegible]
88	B.	Rétréci	1 accouchem. à terme, siège	Près du terme	Bon Tarnier 10 sep. 11 h. ¼ m.	?	10 sept [illegible] 8 h. 1[illegible]
89	M.	Rétréci	—	Près du terme	Bon Tarnier 16 sep. 10 h. m. Bon Champetier 17 sep. 10 h. 45 m.	17 septembre 10 h. matin	1er 16 [illegible] 9 h. 1[illegible] 2e 17 s[illegible] 2 h. 25[illegible]
90	A.	Rétréci	Secondipare	8 mois 1/2	Bon Champetier 17 oct. 10 20 m.	10 h. matin	7 h. [illegible]
91	C.	Cyphotique	Primipare	8 mois 1/2	Bon Tarnier 7 oct. 10 h mat. Bon Champetier 5 h. 20 soir	7 octobre 2 h. 25 soir	1er à 5 [illegible] 2e 8 oct[illegible] 3 h. 1[illegible]
92	R.	Rétréci	Primipare	Près du terme	Bon Tarnier 31 oct, 10 h. 45 m. Bon Champetier 6 h. 1/2 soir	4 h. soir	1er à [illegible] 2e 11 h. [illegible]
93	G.	Rétréci	Primipare	Près du terme	Bon Tarnier 10 nov. 10 h. m. Bon Champetier. 11 nov. 7 h. ¼ m.	—	1er 11 [illegible] 7 h. m[illegible] 2e 11 no[illegible] 10 h. [illegible]

ıpture des ıembranes	Dilatation complète	Terminaison	Etat des enfants au moment de la naissance	Suites de couches	Date de la sortie Etat de l'enfant
ırtificielle ai 1 h. matin	—	Forceps 6 mai 4 h. 25 m.	Enfant mort pend. le travail 3310 gr.	Physiolog.	21 mai.
ırtificielle ai 4 h. 45 m.	6 mai 4 h. mat.	Version 6 mai 4 h. 50 m.	Enfant vivant. 2800 gr.	Physiolog.	4 juin. Enfant mort le 10e jour
?	23 mai 10 h. 1/2 s.	Basiotripsie 23 mai 10 h. 1/2 s.	Enfant pesant 2880 gr. sans subst. cérébrale	Physiolog.	8 juin.
4 h. soir	4 h. 25 soir	Spontanée 5 h. 20 soir	Enfant vivant 2700 gr.	Physiolog.	19 juillet. Enf. en bon état
introduisant le ballon 'hampetier	4 juillet 8 h. 45 matin	Spontanée. 4 juillet 9 h. 45 matin. Délivrance artificielle	Enfant vivant. 2850 gr.	Patholog.	Morte le 12 juillet de septicémie
ırtificielle e 19 juillet ı. 1/2 matin	19 juillet 2 h. 1/2 matin	Forceps. 19 juillet 3 h. matin	Enfant vivant. 1930 gr.	Physiolog.	5 août. Enfant en bon état
ıpontanée, 10 août h. 1/2 soir	11 août à 11 h. matin	Forceps. 11 août 11 h. 20 matin	Enfant vivant. 2850 gr.	Physiolog.	23 août. Enfant en bon état
ıpontanée. septembre ı. 10 matin	11 septembre 3 h. 1/2 matin	Spontanée. 11 septembre 6 h. 1/2 matin	Enfant vivant. 2870 gr.	Physiolog.	28 septembre. Enfant en bon état
?	17 septembre, 2 h. 1/2 soir	Spontanée. 17 septembre 2 h. 55 soir	Enfant vivant. 2310 gr.	Physiolog.	1er octobre. Enfant en bon état
?	7 h. soir	Spontanée. 8 h. 35 soir	Enfant vivant. 2920 gr.	Physiolog.	30 octobre. Enfant en bon état
ırtificielle. 8 octobre ı. 1/2 matin	8 octobre, 3 h. 1/2 matin	Spontanée. 8 octobre 4 h. 10 matin	Enfant vivant. 2400 gr.	Physiolog.	19 octobre. Enfant en bon état
?	?	Version. 11 h. 45 soir	Enfant vivant. 2790 gr.	Physiolog.	13 novembre. Enfant en bon état
ırtificielle nov. 10 h. 50	?	Spontanée le 11 novembre à 11 h. 20 matin	Enfant vivant. 3020 gr.	Lymphangite du sein	23 novembre. Enfant en bon état

Nos	Ini-tiales	Bassin Diam. pr-s-pub	Antécédents	Age de la grossesse	Placement du ballon	Apparition des premières douleurs	Expu[illegible] du ba[illegible]
94	H.	10c 5	2 accouchem. à terme. 2 forceps.	8 mois 1/2	Bon Champetier 17 nov. 9 h. 40 m.	2 h. ½ soir	7 h. [illegible]
95	L.	Vicié par cal. multipl.	1er accouchem. spontané à terme après 6 jours de travail. Enfant mort, 2e basiotripsie. 3e accouchem. prov. à 7 m. Enfant mort 4e basiotripsie	—	Bon Tarnier 20 nov. 8 h. s. Bon Champetier 21 nov. 6 h ½ m.	21 novemb. 6 h. matin	1er 2[illegible] 11 h. [illegible] 2e 21 n[illegible] 10 h. [illegible]
96	P.	Asymétrique	Primipare	Près du terme	Bon Tarnier 21 nov. 9 h. 55 m. Bon Champetier 22 nov. midi	22 novemb. 2 h. soir	1er 22 no[illegible] 2e 23 n[illegible] 10 h. [illegible]
97	C.	Rétréci	Secondipare	8 mois 1/2	Bon Tarnier 24 nov. 10 h. 25 m. Bon Champetier 1 h 30. soir	Immédiate	1er 24 no[illegible] 2e 7 h. [illegible]
98	D.	9c 2	Primipare	Près du terme	Bon Champetier 5 déc. 10 h. m.	?	5 déc. 4 [illegible]
99	V.	Rétréci dans tous ses diamèt.	Primipare	8 mois	Bon Tarnier 22 déc. 10 h. m. Bon Champetier 22 déc. 9 h. ¾ s.	22 décemb. 11 h. matin	1er 22 d[illegible] 9 h. 1, 2 [illegible] 2e 23 dé[illegible] 4 h. 10 [illegible]
							A[illegible]
100	J. B.	10c 2	1 accouch. ant. provoq à 8 m. Enfant vivant.	—	Bon Champetier 9 janvier 11 m.	Immédiate	—

…pture des …embranes	Dilatation complète	Terminaison	Etat des enfants au moment de la naissance	Suites de couches	Date de la sortie Etat de l'enfant
…rtificielle. …7 h. soir	7 h. soir	Basiotripsie après trois applications de forceps	Enfant pesant 2530 gr. sans substance cérébrale	Physiolog.	27 novembre.
… novembre …. 15 matin	21 novembre 10 h. matin	Basiotripsie. 10 h. 1/2 matin	Enfant pesant 2830 gr. sans substance cérébrale	Physiolog.	6 décembre.
…rtificielle. … novembre …. 25 matin	23 novembre 10 h. 1/2 matin	Version. Après trois applications de forceps	Enfant mort pend. le travail 4200 gr.	Physiolog.	7 décembre.
…. 1/2 soir	7 h. 1/2 soir	Forceps. 7 h. 1/2	Enfant vivant 2930 gr.	Physiolog.	6 décembre. Enfant en bon état
…rtificielle. … décembre … h. matin	4 h. soir	Forceps. 4 h. 45	Enfant vivant 2860 gr.	Physiolog.	22 décembre. Enfant en bon état
…c. 4 h. 15 m.	23 déc. 4 h. 10	Forceps 4 h. 15	Enfant mort quelques heures après, pesant 2965 gr.	Physiolog.	4 janvier 1891
…91					
?	9 janvier 6 h. 1/2 soir	Version	Enfant vivant. 2470 gr.	Physiolog.	Enfant parti en nourrice, le 18 janvier

De 1883 à 1891 le nombre d'accouchements spontanés effectués dans les deux services a été de 14505.

La proportion des accouchements provoqués est donc de 1 sur 150 acouchements spontanés environ.

Cette proportion est considérable et nullement en rapport avec la pratique ordinaire. Elle s'explique par les raisons suivantes :

Non seulement le rachitisme comme on le sait est plus fréquent dans les grandes villes et surtout à Paris que dans les campagnes, mais les femmes mal conformées et le sachant viennent très souvent spontanément dans nos services ou y sont adressées par des médecins ou des sages-femmes. De plus, chaque Maternité a sa clientèle et j'ai des clientes hospitalières chez lesquelles j'ai déjà provoqué l'accouchement trois et quatre fois. Enfin, il faut bien le reconnaître, les femmes se font examiner pendant la grossesse plus qu'autrefois, heureusement, et d'un autre côté, nous pratiquons à l'heure actuelle l'accouchement provoqué dans bien des cas où on ne le pratiquait pas il y a quelques années.

Je ne suis pas le seul à avoir cette tendance, car si je consulte la statistique de Léopold, publiée par Ludwig Korn, en 1888 (1), je vois que de 1883 à 1887, sur 5875 accouchements, l'accouchement fut provoqué 45 fois chez 38 femmes, ce qui donne la proportion de 1 accouchement provoqué sur 131 accouchements spontanés, proportion par conséquent encore supérieure à la mienne.

Tableau récapitulatif des observations précédentes.

Accouchements provoqués.	100
Femmes sorties bien portantes.	99
Femme morte.	1
Enfants vivants au moment de leur naissance.	83
Enfants morts pendant le travail.	17

(1) *Beitrag zur Lehre von der künstlichen Frühgeburt.*

Enfants morts avant leur sortie du service. . 16
Enfants sortis bien portants. 67

Des 16 enfants qui moururent avant leur sortie du service,

9 moururent. . . . . le 1[er] jour.
2 moururent. . . . . le 3[e] »
2 moururent. . . . . le 4[e] »
1 mourut. . . . . le 10[e] »
1 mourut. . . . . le 11[e] »
1 mourut. . . . . le 17[e] »

Il ressort de ces chiffres que les femmes chez lesquelles on provoque l'accouchement ne courent guère plus de dangers que celles qui accouchent spontanément. 84 accouchements furent successivement provoqués sans causer un seul décès.

J'ai eu 1 décès sur 100 cela est vrai (le 85[e]), mais il est facilement explicable et nullement dû aux interventions nécessitées par la provocation de l'accouchement. Cette femme, qui est morte de septicémie, avait été, malgré mes recommandations, examinée par sept élèves, dont deux étrangers au service. Le placenta était adhérent et on fut obligé de pratiquer une délivrance artificielle. Or, l'autopsie démontra l'absence de toute lésion des organes et de toute rétention placentaire. Cette femme fut infectée par des touchers.

On voit par là combien une surveillance incessante est nécessaire, indispensable, dans les services d'enseignement et plus encore, comme je le dirai plus loin, quand il s'agit de femmes chez lesquelles on a provoqué l'accouchement.

Cette bénignité du pronostic relativement aux mères se retrouve du reste dans toutes les statistiques recueillies depuis l'emploi des antiseptiques.

Ainsi dans la statistique de C. Braun, publiée par son fils Eg. von Braun Fernwald en 1888 (1), je relève les chiffres suivants sur 54 accouchements provoqués :

Mortalité maternelle, 0 pour 0/0.

(1) *Der Kaiserschnitt*, etc., Vienne, 1888.

La statistique de Léopold donne : Mortalité maternelle, 2,2 pour 0/0. Celle d'Ahlfeld (1) nous apprend que sur 111 femmes chez lesquelles on provoqua l'accouchement pour rétrécissement du bassin, une seule mourut des suites directes de l'accouchement. Il en est de même de la morbidité. J'ai même remarqué et fait souvent remarquer aux élèves que les suites de couches étaient plus franchement physiologiques à la suite de l'accouchement provoqué qu'à la suite de l'accouchement spontané. La raison en est que l'asepsie et l'antisepsie sont plus rigoureusement mises en usage.

C'est ce qui explique comment, en plus de la femme qui a succombé, j'ai eu trois autres femmes seulement ayant eu des suites de couches pathologiques. Toutes les autres ont eu des suites de couches normales. La morbidité plus accusée dans les statistiques de Léopold et d'Ahlfeld tient, selon moi, aux procédés employés. Je reviendrai du reste sur ce point.

Quant aux enfants, ma statistique me donne 83 enfants nés vivants.

67 enfants ayant quitté le service bien portants.

En définitive, 67 enfants vivants ; 33 enfants morts.

Les résultats de C. Braun, sont 63,8 enfants pour 100 extraits vivants; ceux d'Ahlfeld, 60 pour 100 d'enfants vivants au moment du départ de la mère.

Ceux de Léopold 66,6 pour 100 d'enfants vivants au moment du départ de la mère.

Je ferai remarquer de suite que, dans sa statistique, Léopold ne compte pas 2 cas dans lesquels il pratiqua la basiotripsie, n'ayant aucun espoir d'obtenir un enfant vivant par les voies naturelles.

Si j'avais envisagé les choses de cette façon, j'aurais dû retrancher de ma statistique 8 cas dans lesquels je provoquai l'accouchement sans avoir jamais caressé l'espoir d'ob-

(1) AHLFELD. *Centr. f. Gyn.*, 1890, et *Annales de Gynécologie*, oct. 1890.

tenir un enfant vivant. Ces femmes s'étaient présentées trop tardivement à mon examen ou étaient affectées de viciations pelviennes tellement prononcées, qu'aucune espérance d'obtenir un enfant viable ne pouvait venir à l'esprit. Je provoquai l'accouchement dans ces cas, simplement pour obtenir une extraction plus fa·ile, mais une extraction d'un enfant mutilé.

Si maintenant je serre de plus près ma statistique et si j'examine les résultats fournis par les différentes terminaisons de l'accouchement, j'obtiens les chiffres ci-dessous :

Présent. du sommet (accouchem. spontanés)	50	44	enf. vivants	6	enf. morts
Extraction du siège	6	2	—	4	—
Versions	14	8	—	6	—
Forceps	21	14	—	7	—
Basiotripsie	9		—	9	—

De ces chiffres, il résulte : 1° Que dans tout accouchement provoqué, on doit s'efforcer d'obtenir une présentation du sommet et un accouchement spontané ;

2° Que la présentation du siège est désastreuse.

J'insiste sur ce point car les résultats obtenus dans la présentation du siège par d'autres accoucheurs sont sensiblement les mêmes que les miens. Ainsi, dans la statistique de Léopold on trouve les chiffres suivants :

Extraction du siège : 10.

Enfants vivants.	3
Enfants mort-nés.	6
Enfant mort le 8e jour.	1

Si l'on ajoute les chiffres de Léopold aux miens on a sur 16 extractions du siège, 11 enfants morts !

Fait bien intéressant à constater, et que je me contente de vous signaler pour l'instant, c'est que les résultats fournis par la version et le forceps sont meilleurs que ceux obtenus dans la présentation du siège.

Ma statistique me donne :

Versions : 14 dont 8 enfants vivants et 6 morts.

Forceps : 21 dont 14 enfants vivants et 7 enfants morts.

Léopold a obtenu :

Versions : 10 dont 9 enfants vivants et 1 mort-né.

Forceps : 5 dont 5 vivants.

Si ces chiffres sont insuffisants pour trancher la question encore pendante de la supériorité du forceps ou de la version dans les rétrécissements du bassin, ils sont dans tous les cas encourageants pour ceux qui (et je suis du nombre) pensent que dans les bassins rétrécis et avant terme, les applications de forceps donnent de meilleurs résultats que la version.

Si maintenant j'étudie les résultats obtenus suivant les procédés employés pour provoquer l'accouchement, je constate les résultats ci-dessous :

	BALLON TARNIER	BALLON TARNIER ET CHAMPETIER	BALLON CHAMPETIER	TARNIER ET BARNES	TARNIER ET SONDE	GARIP'.
	28 cas. 20 enf. viv. 8 m.	23 cas. 16 enf. viv. 7 m	40 cas. 26 viv. 14 m.	5 cas 2 v. 3 m.	3 cas 3 viv.	1 cas 1 mort
Spontanés....	20 : 15 viv. 5 m.	10 viv.	15 : 14 viv. 1 m.	2 viv.		
Siège........	....	....	6 : 2 viv. 4 m.	....	3 viv.	
Version.......	1 mort	5 : 3 viv. 2 m.	7 : 5 viv. 2 m.	....	....	1 mort
Forceps	5 viv.	6 : 3 viv. 3. m.	9 : 5 viv. 4 m.	1 mort		
Basiotripsie...	2	2	3	2		
Durée du temps écoulé depuis la provocation jusqu'à l'accouchement.	6 de 12 à 24 h. 10 de 24 à 48 9 de 48 à 60 2 de 60 à 72 1 plus de 4 jours	11 de 12 à 24 h. 6 de 24 à 36 6 de 36 à 48	23 de 6 à 12 h. 7 de 12 à 24 10 de 24 à 48	1 pl. de 4 j. 2 de 4 j. 1 de 2 j. 1 de 13 h.	1 de 2 j. 1 de 24 h. 1 de 20 h.	

Au point de vue du temps écoulé, aucune discussion n'est possible, c'est le ballon Champetier qui donne les résultats les plus rapides.

Non seulement il ne s'est jamais montré impuissant, mais

encore le laps de temps écoulé depuis son introduction jusqu'à la terminaison de l'accouchement n'a jamais dépassé 48 heures. Obtient-on de semblables résultats avec les autres procédés? Toutes les statistiques démontrent le contraire.

Ahlfeld qui a généralement recours au procédé de Krause, à l'introduction d'une bougie flexible, dit que très fréquemment le procédé de Krause provóqua le travail, mais les contractions restèrent très lentes; on eut alors recours à des méthodes de renfort pour ainsi dire : décollement du pôle inférieur de l'œuf, ballon Tarnier, rupture des membranes, etc., etc.

La statistique de Léopold montre que si le temps écoulé entre l'introduction de la bougie et l'accouchement est très variable, il n'en est pas moins le plus souvent très long. Les deux extrêmes ont été de 7 heures 45 jusqu'à 214 heures 35 minutes!

En moyenne 80 heures 18 minutes.

Dans onze cas où l'introduction de la sonde avait provoqué la rupture des membranes, la moyenne ne fut que de 49^{h},53. Je le répète, sur ce point, l'emploi du ballon Champetier donne des résultats meilleurs que l'emploi de tous les autres moyens généralement usités.

Son emploi est-il dangereux, ainsi que l'ont dit surtout les accoucheurs qui ne le connaissent pas ou ne l'ont pas employé?

Voyons d'abord pour les mères.

On voit par mes observations qu'il a été appliqué 63 fois, c'est là un chiffre respectable, je pense.

A-t-il provoqué une seule fois une hémorrhagie grave? jamais. J'ajoute même que si un décollement du placenta résultant de son introduction se produisait, le remède serait, par le gonflement du ballon, immédiatement opposé au mal. Vous vous rappelez, à ce propos, que chez une femme qui avait une insertion vicieuse du placenta, craignant le décollement direct du placenta par le fœtus, je n'ai pas hésité à introduire le ballon Champetier et cela avec un plein succès.

Je suis même convaincu que c'est là le meilleur tampon et qui détrônera l'ancien dans la thérapeutique de l'hémorrhagie causée par insertion vicieuse du placenta.

J'ai introduit successivement le ballon Tarnier et le ballon Champetier chez la femme qui est morte. Dira-t-on que c'est le ballon Champetier qui est cause de la mort ? Après les explications que j'ai données concernant ce cas, les personnes qui le diront seront de mauvaise foi, et il n'y a pas lieu de s'en préoccuper.

Les suites de couches ont-elles été pathologiques plus souvent qu'avec les autres procédés ? Mes observations sont là comme démonstration. Il suffit de lire les statistiques d'Ahlfeld et de Léopold pour être convaincu que la sonde produit bien plus souvent de l'infection.

Je me résume donc en disant que l'emploi du ballon Cham petier n'est pas dangereux pour la mère. En est-il de même pour l'enfant ?

La rupture des membranes s'observe assez souvent, a-t-on dit. Cela est vrai, mais pas plus souvent qu'avec les autres procédés. Quand cet incident se produit le ballon Champetier possède sur tous les autres moyens; la supériorité d'empêcher l'écoulement complet du liquide amniotique.

Il déplace le pôle fœtal qui tend à s'engager. Cela est parfaitement exact et c'est un reproche qu'on peut légitimement lui adresser.

Mais ce défaut n'est point irrémédiable; seulement il exige de la part de ceux qui surveillent l'accouchement des soins constants et attentifs.

C'est-à-dire que l'on doit faire tous ses efforts, dès que le ballon s'engage, pénètre et descend dans l'excavation, pour que la tête le suive.

La version par manœuvres externes est pour moi le complément dans bien des cas de l'emploi du ballon, puisque nous savons, ainsi que je vous le démontrais par des chiffres tout à l'heure, que l'idéal dans l'accouchement provoqué est d'obtenir une présentation du sommet et un accouchement spontané.

C'est en m'efforçant d'agir ainsi dans la plupart des 63 cas où le ballon a été employé que j'ai obtenu les résultats suivants :

Emploi du ballon Champetier 63 cas.
Enfants vivants 42

Cette proportion n'est pas celle qu'on peut et qu'on doit obtenir, j'en ai la conviction. D'une part, j'ai pratiqué 4 fois la basiotripsie ayant introduit le ballon sans aucun espoir d'obtenir un enfant vivant. D'autre part, dans plusieurs cas, volontairement, la version pelvienne a été pratiquée par manœuvres externes ; or nous savons à l'heure actuelle les résultats que donne la présentation du siège.

Il est une autre question que je désire exposer, c'est la suivante :

Quelle est la limite du rétrécissement au-dessous de laquelle on ne peut avoir l'espoir légitime d'obtenir un enfant vivant et viable ?

Mon tableau n'est guère explicite à ce sujet, direz-vous ?

Je reconnais que le degré du rétrécissement n'est pas souvent indiqué, je pourrais dire, n'est pas assez souvent indiqué. Mais je vous avoue que ma statistique n'est pas, au point de vue de la vérité, bien inférieure à celles où le diamètre promonto-pubien minimum est indiqué en millimètres. La mensuration du diamètre promonto-pubien minimum n'est pas toujours facile, la déduction que l'on est obligé de faire pour obtenir le diamètre promonto-pubien minimum est bien souvent trompeuse.

Aussi aujourd'hui je me préoccupe de ces deux points surtout :

1° *Savoir si la tête bien appliquée au niveau de l'aire du détroit supérieur déborde ou ne déborde pas.*

2° *Savoir si le diamètre promonto-sous-pubien mesure au moins* 9 *centimètres.*

Quand le diamètre promonto-sous-pubien mesure moins de 9 centimètres, en provoquant l'accouchement je sais que

l'enfant, s'il est viable, n'a guère de chance pour traverser vivant la filière pelvienne.

J'ai eu 2 enfants vivants et viables dans des bassins dont le diamètre promonto-sous-pubien mesurait l'un 8,8 et l'autre 8,5.

J'en ai même extrait un à l'aide du forceps dans un bassin mesurant moins encore, comme je vous l'ai dit déjà, mais ce sont là des exceptions.

Je crois être dans le vrai en vous disant : pour provoquer l'accouchement avec le légitime espoir d'obtenir un enfant vivant et viable, il faut d'abord que ces deux conditions soient réunies : *grossesse de sept mois au moins, bassin ayant un diamètre promonto-sous-pubien de* 9 *centimètres.*

Je ne m'appuie pas seulement sur ma pratique, sur mon expérience, pour vous parler ainsi, mais aussi sur celles d'accoucheurs autorisés.

Ahlfeld n'a pas obtenu un enfant vivant sur 10 dans des bassins dont le diamètre promonto-pubien minimum mesurait moins de 7 centimètres.

Léopold a obtenu dans des bassins mesurant de 7,4 à 6,5, sur 5 cas, 1 enfant vivant et 4 morts.

Mon collègue de Liège, le professeur Charles, dans une série d'articles remarquables, publiés dans le journal d'accouchements de Liège, arrive au même résultat et fixe la limite à 7,5.

Heureusement les bassins mesurant moins de 9 centimètres de diamètre promonto-sous-pubien sont rares, plus rares qu'on ne le croit généralement, et j'ajouterai plus rares qu'autrefois. En effet, c'est là une remarque faite depuis quelques années par mon maître, M. Tarnier ; « on ne voit plus, me disait-il, autant de rétrécissements extrêmes qu'autrefois ». Les progrès de l'hygiène atténuent, amoindrissent les viciations pelviennes. Espérons qu'ils les feront disparaître complètement.

Mais nous n'en sommes pas encore là, et en attendant efforçons-nous de faire pour le mieux, quand nous nous trouvons en face d'un bassin rétréci.

Nous connaissons déjà les indications générales, les procédés d'exploration qui doivent nous guider. Ces indications existent, les conditions ci-dessus énoncées sont remplies, que devez-vous rechercher alors?

Vous devez alors faire tous vos efforts pour que : 1° *par des moyens exempts de violence, vous obteniez un travail régulier, une dilatation aussi normale, j'allais dire aussi physiologique que dans un accouchement naturel;* 2° *que le passage de l'enfant à travers la filière pelvienne soit aussi rapide que possible.*

Pour atteindre le premier but: faire naître le travail et obtenir un travail régulier, physiologique, je ne connais à l'heure actuelle que l'emploi du ballon Tarnier et du ballon Champetier.

Chez les primipares, l'introduction du ballon Tarnier se fait toujours sans violence, et je commence par lui. L'introduction du ballon Champetier chez les primipares, nécessite le plus souvent l'anesthésie, et je ne considère pas cette manière de faire comme une bonne chose.

Quand le ballon Tarnier, ayant fait naître le travail, est expulsé, j'introduis alors immédiatement le ballon Champetier, et cette introduction est aussi facile que peu douloureuse.

Chez les multipares à canal cervical facilement dilatable, j'introduis d'emblée le ballon Champetier. Si le canal cervical n'est pas perméable, je procède comme chez les primipares.

Dès que le ballon Champetier est introduit, je dirai qu'on ne doit plus quitter la parturiente. Il peut arriver que le ballon soit trop rempli, et les contractions s'arrêtent ou parce que le ballon n'appuie plus exactement sur tous les points du segment inférieur, ou parce que la tension de l'utérus devient trop considérable ; il faut retirer alors une certaine quantité de liquide qu'on réinjectera quand la dilatation s'effectuera. Quand la dilatation est complète, il faut faire comme je l'ai déjà dit et comme je le répète, tout le possible pour ramener la tête en bas et lui faire suivre le ballon.

Le ballon étant expulsé, il faut surveiller les progrès de

l'engagement; si c'est le sommet, et si après une demi-heure la tête ne s'engage pas, faites une application de forceps. Ne laissez pas l'enfant souffrir, laissez-lui toute la force, toute la vitalité indispensable pour supporter le traumatisme nécessité par son extraction. Si vous attendez, d'une part, les lèvres de l'orifice reviendraient sur elles-mêmes, s'œdématieraient et augmenteraient la viciation pelvienne, de plus l'enfant serait atteint dans sa vitalité et bien que faisant une application de forceps sur un enfant vivant, vous n'arriveriez à extraire bien souvent qu'un enfant mort.

Si l'enfant se présente par le siège, procédez de suite à l'extraction. Vous savez que toutes les parties molles utérines, vaginales et vulvaires ont été dilatées par le ballon et dilatées d'une façon suffisante pour n'apporter aucun obstacle au passage du fœtus; donc faites tous vos efforts pour que l'enfant traverse aussi rapidement que possible le bassin. Il meurt, comme nous l'avons vu, très souvent, parce que, ayant moins de place que dans un bassin normal, le tassement des parties molles produit pour ainsi dire fatalement la compression du cordon sans qu'il y ait procidence.

Je n'ai pas besoin de vous dire que tout en étant rapide, cette extraction devra toujours être scientifique. Et à ce propos, je puis vous dire que nous ne trouvons pas de meilleur guide pour nous conduire dans ces circonstances, que dans le beau livre que viennent de faire paraître le prof. Farabeuf et le Dr Varnier et qui est intitulé *Introduction à l'étude Clinique et à la pratique des Accouchements.*

Si l'enfant se présente par l'épaule ou si la tête reste très élevée et mobile et que vous ayez recours à la version, faites évoluer lentement l'enfant, opérez encore suivant les préceptes que vous trouverez dans le livre que je viens de vous recommander, et surtout procédez rapidement à l'extraction et alors vous vous trouverez dans les conditions que je vous signalais à propos de la présentation du siège.

C'est en opérant ainsi, que l'accouchement provoqué donnera le maximum de ce qu'il peut donner, c'est-à-dire, le succès complet dans la pluralité des cas.

PARTIE GÉNITALE DU CANAL PELVI-GÉNITAL, FILIÈRE VAGINO-PÉRINÉO-VULVAIRE

Par le professeur **L.-H. Farabeuf** et le Dr **Henri Varnier** (1).

L'excavation ou canal pelvien osseux ne constitue pas toute la longueur du canal pelvi-génital que doit traverser le fœtus. Loin de là !

A l'orifice inférieur de l'excavation est comme appendu un entonnoir membraneux ou **infundibulum périnéo-vulvaire** qui constitue pour le fœtus une filière de parties molles et que par antithèse on appelle souvent *bassin mou*, *bassin dilatable*.

L'*embouchure* de cet entonnoir est formée par les insertions du *plancher périnéal musculaire*, c'est-à-dire du *releveur de l'anus* (R'R, Fig. 1) et de *l'ischio-coccygien* (C), dont l'ensemble mérite le nom de *releveur coccy-périnéal*.

Cette embouchure correspond et s'attache à l'orifice inférieur de l'excavation à laquelle l'infundibulum périnéo-vulvaire fait suite : c'est dire que de chaque côté, le bassin mou est fixé au contour qui va de la partie basse du corps du pubis à la pointe sacrée, en passant par l'épine sciatique, et que le coccyx en fait partie. A l'état normal, celui-ci joue le même rôle que le raphé d'insertion coccy-anal, puisqu'il est mobile, quoique osseux.

Donc, de chaque côté, sur la ligne intérieure étendue de l'épine sciatique à la partie basse du pubis, des faisceaux musculaires s'insèrent qui se portent en arrière et en bas (Fig. 1) vers le bord du coccyx (C), vers la pointe du coccyx (R) et vers le raphé périnéal pré-coccygien ou ano-coccygien (R'). Il en résulte un **diaphragme** ou **plancher pelvien musculaire**, concave en haut, infundibuliforme (Fig. 2), ouvert d'une *large fente médiane antérieure* où passent l'urètre, le vagin, le rectum et que doit forcer et traverser le fœtus, avant d'aborder la vulve.

(1 **Extrait de « *Introduction à l'Étude clinique et à la pratique des accouchements* ». Un volume in-8, grand jésus, de 480 pages, avec 362 figures. G. Steinheil, éditeur.**

Cette fente peut être appelée *pubo-coccygienne*, car la majeure partie des faisceaux du muscle releveur se concentrent vers la pointe du coccyx. *C'est le détroit supérieur du canal mou dilatable périnéo-vulvaire dont le détroit inférieur est l'orifice vulvaire.* Mais les accoucheurs, parlant

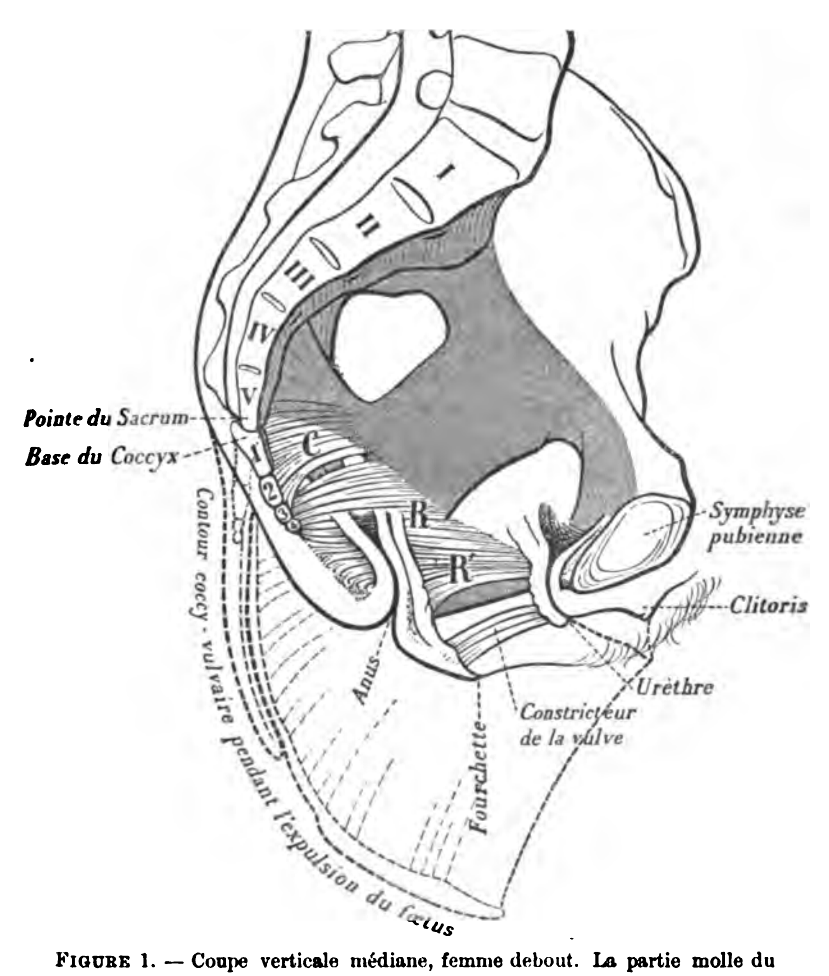


FIGURE 1. — Coupe verticale médiane, femme debout. La partie molle du canal pelvi-génital est figurée : 1° au repos, courte et étroite ; 2° pendant l'expulsion, longue et dilatée. — C, R, R', les divers faisceaux du m. releveur coccy-périnéal : C portion ischio-coccygienne ; R, principaux faisc. convergeant vers la pointe du coccyx ; R' autres faisc. aboutissant près de l'anus.

relativement du bassin osseux, ont l'habitude de l'appeler DÉTROIT INFÉRIEUR. Il faut s'y conformer.

Sa dilatabilité antéro-postérieure est limitée par le degré de rétroflexibilité du coccyx. En avant, sa dilatabilité transversale lui permet d'égaler la largeur de l'arcade osseuse des pubis qui l'encadre. En arrière, elle pourrait être plus considérable, mais la masse graisseuse de la fosse ischio-anale permet rarement au releveur de l'anus de s'accoler au grand ligament sacro-sciatique et à la tubérosité de l'ischion.

A l'état de repos, avant l'arrivée du fœtus, **le détroit inférieur pubo-coccygien** a la forme d'une fente large, mais beaucoup plus longue qu'elle n'est large.

Dilatée par la partie fœtale (Fig. 3), cette fente gagne en longueur par derrière et en largeur de chaque côté. Elle reste plus étendue dans le sens antéro-postérieur que dans le sens transversal.

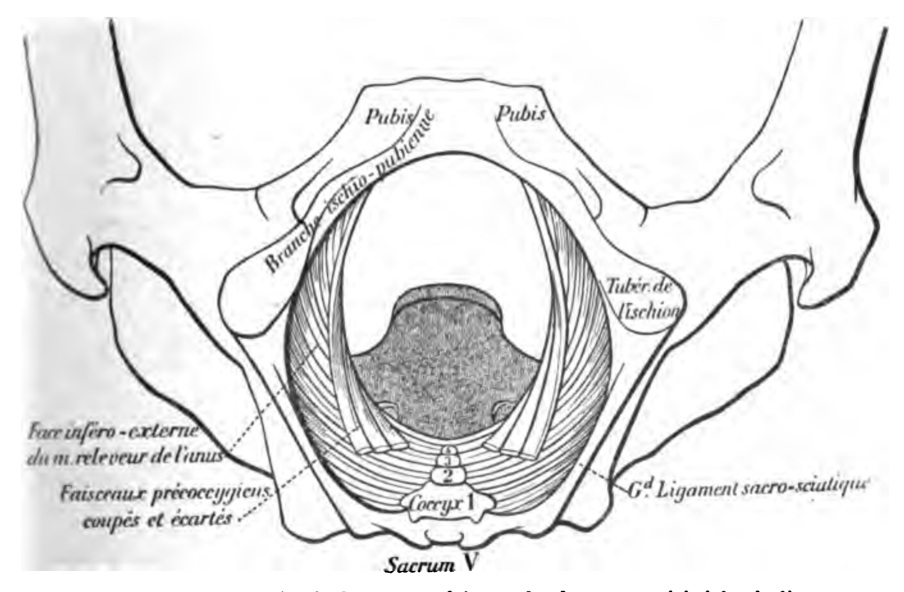


FIGURE 2. — Bassin de femme couchée sur le dos : vue périnéale de l'ensemble d'un muscle releveur coccy-périnéal schématique. Les faisceaux antérieurs, les moins résistants, ont été désinsérés et écartés pour montrer la forme et l'étendue du puissant orifice musculaire pubo-coccygien au moment où le pôle fœtal commence à le solliciter.

Examinée à partir du moment où le premier pôle fœtal apparaît à la vulve, **la filière périnéo-vulvaire** constitue véritablement la partie courbe du canal pelvi-génital (Fig. 4). De même que pour l'excavation, la paroi antérieure, sous-pubienne, est courte ; la postérieure, périnéale, très longue. Celle-ci, étendue de la base du coccyx à la fourchette vulvaire, est très dilatée, très distendue ; elle arrive à dépasser quinze centimètres ! Cela pousse la fourchette en avant et amène la vulve à regarder *en l'air* quand la femme est sur le dos (Fig. 5), *en avant* quand elle reste debout comme la représente la figure 4.

Le canal pelvi-vaginal ou pelvi-génital que parcourt le fœtus est donc fortement coudé et embrasse la symphyse dans sa concavité, comme la courbure d'une sonde vésicale masculine.

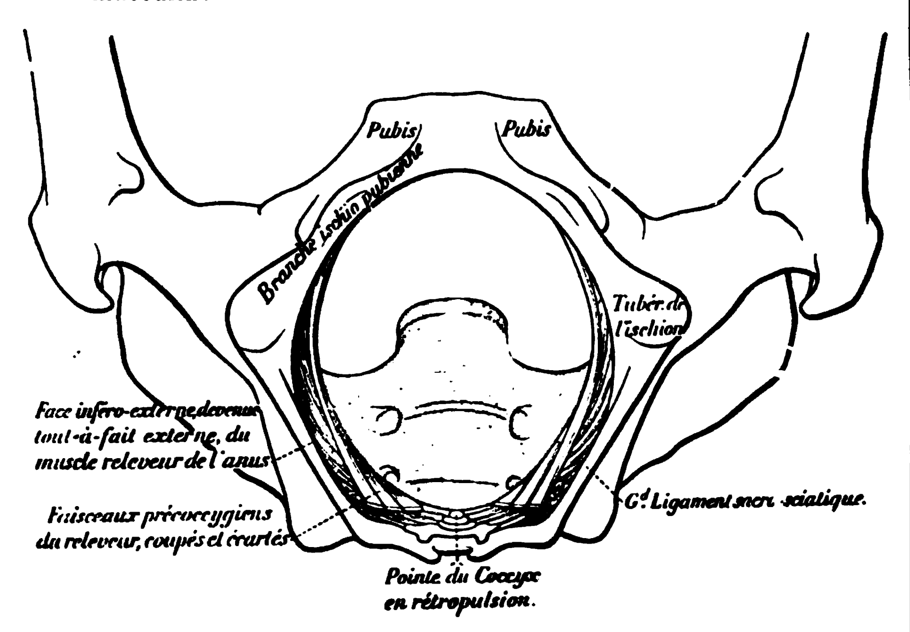


FIGURE 3. — Représente, comme la figure 2, la face périnéale de l'orifice musculaire pubo-coccygien. Mais ici, la dilatation est opérée par la partie fœtale qui passe et le coccyx est en rétropulsion complète.

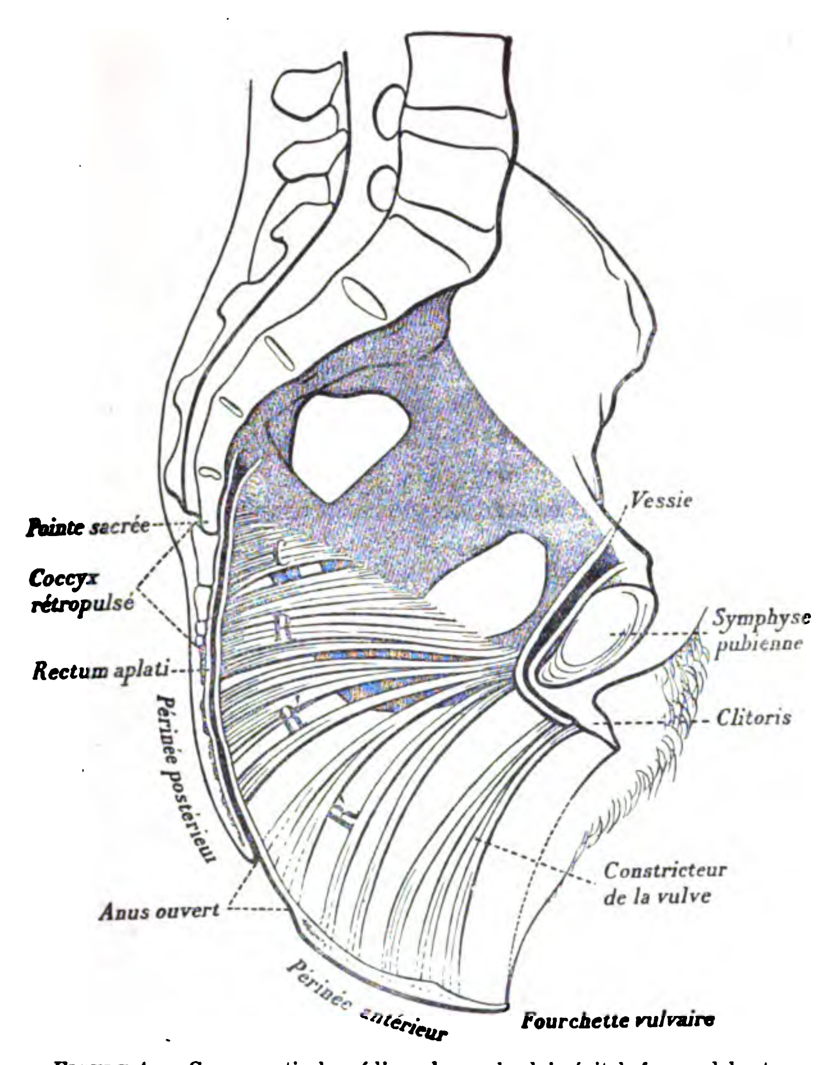


FIGURE 4. — Coupe verticale médiane du canal pelvi-génital, femme debout. — La partie molle, filière périnéo-vulvaire, est représentée avec tout le développement qu'elle acquiert en longueur et en largeur pendant le passage du fœtus. On remarquera les arceaux musculaires du releveur coccy-périnéal : C, ischio-coccygien ; R principaux faisceaux du releveur rassemblés vers la pointe du coccyx ; R' R' autres faisceaux du releveur dissociés par suite de l'élongation de leur ligne d'insertion périnéale, comme leurs analogues du constricteur de la vulve.

On y remarque, en fait, quatre parties relativement étroites ou détroits d'importance inégale.

1° Le détroit supérieur, orifice supérieur de l'excavation.

2° L'orifice inférieur de l'excavation, au niveau de la pointe sacrée et du bord inférieur des épines sciatiques : c'est l'entrée du détroit inférieur.

3° Le détroit inférieur, anneau musculaire pubo-coccygien, encadré par l'arcade et les ischions.

4° L'anneau vulvaire.

Pour les franchir, ces détroits, le fœtus à terme et de volume normal doit être *poussé* ou *tiré dans l'axe*, c'est-à-dire suivant une ligne perpendiculaire au plan de l'orifice et centrale. Suivez sur la figure 5.

1° **Le plan du détroit supérieur** est oblique et regarde vers l'ombilic.

La femme étant en position obstétricale, le siège au bord du lit, l'accoucheur entre les jambes, on peut dire que **l'axe du détroit supérieur**, véritable flèche indiquant l'engagement du fœtus, est dirigé *très en bas et vers les pieds de l'accoucheur*. Et l'on peut ajouter que telle est aussi la direction de l'axe de la plus grande partie de l'excavation (Fig. 5).

2° **Les plans** *de l'orifice inférieur de l'excavation et* **du détroit inférieur** lui-même, quoique beaucoup moins inclinés que celui du détroit supérieur, le sont encore dans le même sens, surtout celui de l'orifice inférieur de l'excavation qui est l'entrée du vrai détroit inférieur.

L'axe de celui-ci, désigné sur la figure comme axe de sortie, reste donc, sur la femme couchée, dirigé non pas tout à fait horizontalement vers l'accoucheur, mais encore *un peu en bas, vers les genoux de l'accoucheur* (Fig. 5).

3° **Le plan de l'anneau vulvaire**, immédiatement avant le dégagement, est oblique et regarde *en l'air*.

L'axe de ce détroit, terminaison de la trajectoire fœtale, est donc dirigé de bas en haut, *en l'air et vers la face de l'accoucheur*.

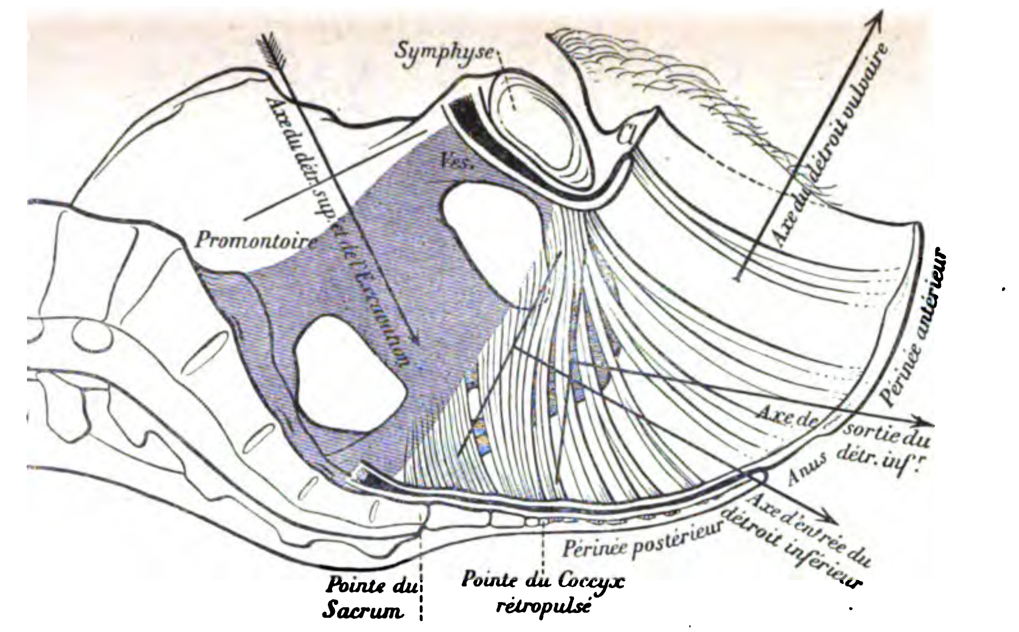


Figure 5. — C'est la figure 4 (coupe verticale médiane du canal pelvi-génital dilaté) mise en position obstétricale. Les axes des divers détroits y sont indiqués par les flèches perpendiculaires au milieu des plans de ces détroits.

Voyez l'axe du détroit supérieur et de l'excavation : il descend presque verticalement !

L'axe de l'orifice inférieur de l'excavation ou entrée du détroit inférieur reste nettement oblique en bas. L'axe de sortie du détroit inférieur ou orifice pubo-coccygien n'arrive pas encore à l'horizontale.

L'axe de l'orifice vulvaire est ascendant, presque vertical.

CONCLUSION à tirer de l'examen attentif de la figure 5 :

Si l'accoucheur avait mis la main jusque dans le ventre et saisi une partie fœtale, il devrait tirer d'abord en bas, vers ses pieds, pour enfiler le détroit supérieur et descendre l'excavation ; ensuite en bas encore, mais vers ses genoux, pour enfiler et franchir le détroit inférieur ; enfin de plus en plus en haut, vers sa tête, pour sortir de l'anneau vulvaire.

Empruntons au chapitre VII (Forceps) l'exemple d'un cas rare et difficile : le dégagement de la tête en position **occipito**-SACRÉE.

Le forceps est régulièrement appliqué, concavité tournée vers le front qui correspond au pubis (fig. 6).

Il vous reste à entraîner la tête dans l'axe du détroit inférieur, pour l'y engager complètement. Donc, il faut tirer d'abord un peu en bas, puis horizontalement pour accentuer la flexion, afin que l'occiput force le coccyx, creuse le périnée postérieur et s'y loge définitivement sans pouvoir rentrer par déflexion (fig. 6 et 7). Ensuite, tirer notablement en bas, vers vos genoux, afin d'amener l'encoche naso-frontale sous la symphyse, le front dans l'arcade pubienne (fig. 8), tandis que l'occiput portera au maximum la rétropulsion du coccyx et distendra, creusera le périnée postérieur. Il faut se garder de tirer en bas trop tôt, et de laisser rentrer l'occiput, car cela défléchirait la tête. C'est la plus grande circonférence du crâne, l'occipito-frontale, que vous devez faire passer dans le détroit pubo-coccygien. Ne vous étonnez donc pas qu'il faille plus de temps et de force que pour, dans la position occipito-pubienne, faire passer la circonférence sous-occipito-frontale.

Si vous vous servez du forceps de Levret, rappelez-vous que pour tirer dans la bonne direction, vous devez saisir les pédicules des cuillères afin d'agir dans l'axe de celles-ci, au-dessous des manches qui font avec cet axe un angle proportionnel à la courbure de l'instrument. Prenez le forceps

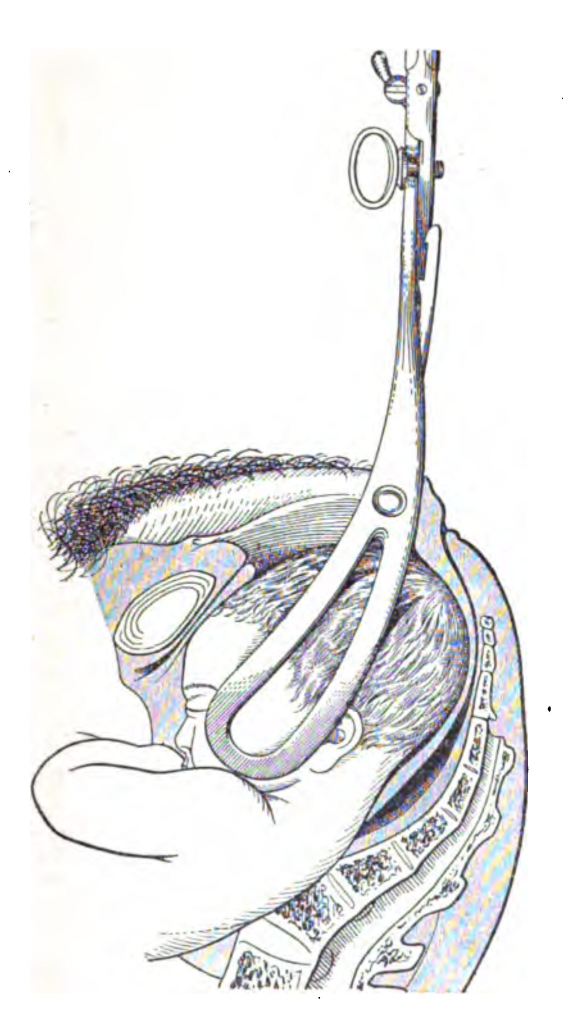


FIGURE 6. — Sommet fléchi en pos. directe OCCIPITO-SACRÉE. La traction, dirigée comme l'axe des cuillères, commence un peu au-dessous de l'horizontale pour fatiguer le coccyx.

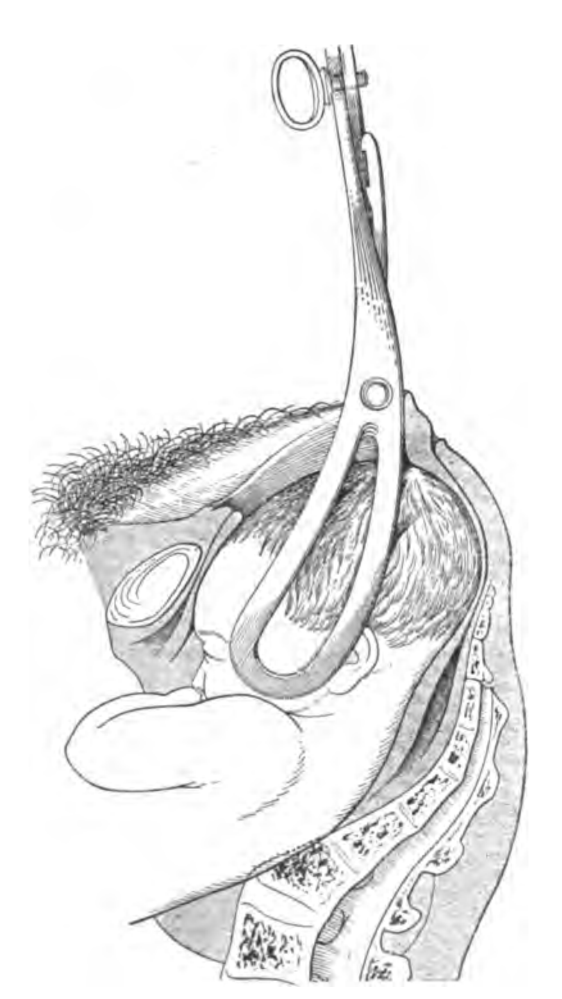


FIGURE 7. — Sommet, en position directe OCCIPITO-SACRÉE. Le coccyx est vaincu par la traction horizontale ; l'occiput entré dans le bassin mou, dilate principalement le périnée postérieur (ano-coccygien). Les manches ne peuvent encore se relever notablement : l'on va même les abaisser un instant pour dégager le front hors de l'arcade pubienne.

en dessus, par exemple à pleine main gauche (main de traction), entre le pivot et la vulve, le plus près possible des cuillères afin, tout en tirant, d'abaisser, d'appuyer ; saisissez de même l'extrémité des manches en dessous, à pleine main droite (main de flexion et de constriction). De la seule main gauche, exécutez les tractions comme il vient d'être dit ; d'abord horizontalement pour engager définitivement l'occiput dans le bassin mou, puis un peu en bas, pour amener le front hors de l'arcade pubienne.

Lorsque vous aurez ainsi franchi le détroit inférieur, amené le crâne dans le bassin mou, senti le front hors de l'arcade pubienne, la racine du nez étant sous la symphyse, constaté l'énorme distension que l'occiput impose au périnée postérieur (fig. 8), vous devrez cesser de tirer en bas, sous peine de défoncer le plancher pelvien. Il vous faut maintenant faire progresser le crâne ou plutôt l'occiput dans le bassin mou, l'engager dans le détroit vulvaire et enfin l'en dégager.

La tête ne peut plus descendre, retenue qu'elle est par le périnée qui bombe déjà d'une façon inquiétante; la face et le point sus-nasal ne peuvent donc plus progresser. Ce point sus-nasal, immobile sous la symphyse, sert de centre au mouvement de flexion que vous allez produire en relevant le forceps de la main droite tout en soutenant énergiquement la traction de la main gauche. Par cette flexion, l'occiput seul s'avance dans le bassin mou, glissant, avec une énorme distension, par-dessus l'anus, du périnée postérieur au périnée antérieur où l'anneau vulvaire l'arrête (fig. 9).

A ce moment, la région cervico-dorsale correspond au coccyx ; le vertex montre dans la vulve à peu près toute la longueur de la suture sagittale ; les bosses pariétales, qui ne passent ni sans effort ni surtout sans danger, commencent à fatiguer les côtés de l'orifice. C'est alors que, la flexion s'exagérant encore nécessairement, de par l'érection du forceps qui reste toujours moindre que dans l'occipito-pubienne, le périnée antérieur, la fourchette vulvaire, dis-

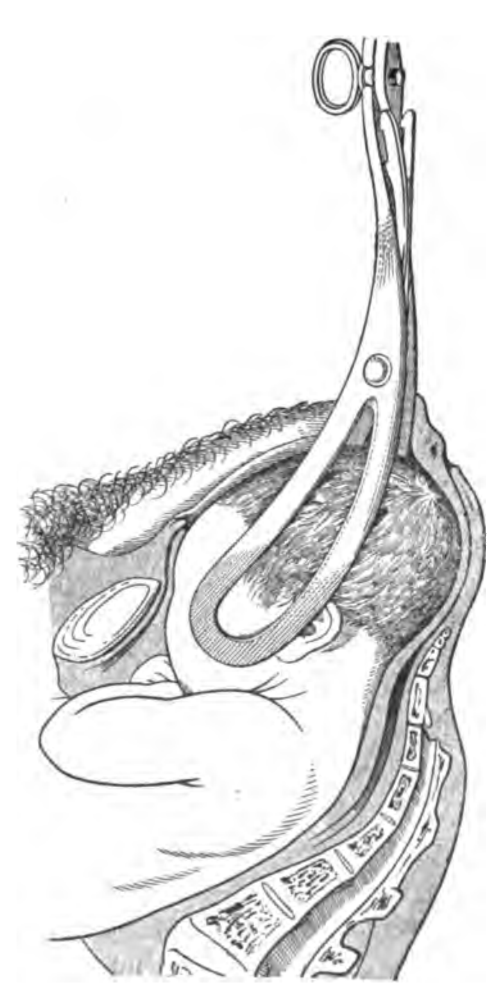


FIGURE 8. — Sommet, position directe OCCIPITO-SACRÉE. L'occiput étant dans le bassin mou et le sous-occiput sur le coccyx, la tête ayant un peu tourné pour amener une bosse frontale sous la symphyse, le front à son tour est sorti du bassin osseux. L'on sent que ce dégagement eût été contrecarré par un relèvement prématuré des manches du forceps et qu'il a pu être facilité par un léger abaissement momentané.

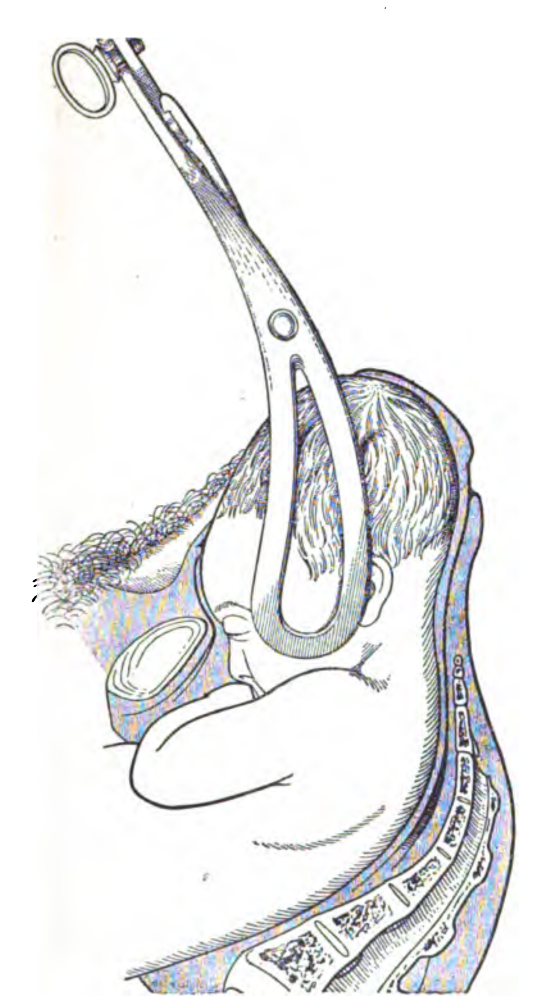


FIGURE 9. — Sommet, position directe OCCIPITO-SACRÉE. Le forceps se relève, la flexion de la tête augmente, et l'occiput ayant dilaté le périnée antérieur après le postérieur, n'est plus retenu que par la fourchette vulvaire.



FIGURE 10. — Sommet, position directe OCCIPITO-SACRÉE. Le forceps très relevé a fait sortir l'occiput hors de la vulve ; le périnée s'est retiré ; il n'y a qu'à laisser tomber la tête pour que la face apparaisse à l'extérieur.

tendus au maximum, se retirent en arrière avec ou sans déchirure (fig. 10), dégageant la grande circonférence occipito-frontale, expulsant l'occiput qui, si l'on abaisse le forceps, tombe aussitôt en déflexion et amène à l'extérieur le front et la face jusqu'ici retenus, l'un sous la commissure vulvaire antérieure, l'autre derrière les pubis.

Toute cette manœuvre doit s'opérer avec la plus grande lenteur.

(Même position du Sommet, OCCIPITO-SACRÉE, flexion incomplète.)

Dans ce cas que représente la figure 11, vous devez vous proposer d'abord d'appliquer le forceps une première fois, pour fléchir la tête.

Vous placerez les cuillères non pas sur les deux régions pariéto-malaires, puisque c'est impossible, mais en arrière des oreilles. En tirant, vous produirez la flexion (tête pointillée). Mais comme votre prise n'est pas solide n'étant pas régulière, les cuillères glisseront et déraperaient bientôt. Vous vous arrêterez quand vous sentirez qu'elles lâchent, et retirerez l'instrument après l'avoir désarticulé comme toujours. Un travail utile aura été fait. La tête n'est pas encore engagée dans le détroit, mais elle est fléchie, c'est le point capital. Car fléchie, elle peut s'engager spontanément ou être reprise par une seconde application du forceps, régulière cette fois, puisque les lignes pariéto-malaires sont devenues préhensibles.

En général, l'on ne perd pas de temps à espérer l'accouchement spontané, entre les deux applications; et la première, aussitôt son effet produit, est suivie immédiatement de la seconde, faite dans les mêmes conditions que lorsqu'on trouve la tête fléchie parfaitement (1).

(1) Pour l'historique des deux questions ci-dessus exposées : *Filière vagino-périnéo-vulvaire* et *son fonctionnement pendant la période d'expulsion de l'accouchement* (que résume le tableau ci-joint, p. 129). Voyez : *Du détroit inférieur musculaire du bassin obstétrical*, par H. VARNIER. Paris, 1888, G. Steinheil. Ce mémoire reproduit, dans une partie critique, les descriptions et les figures des classiques.

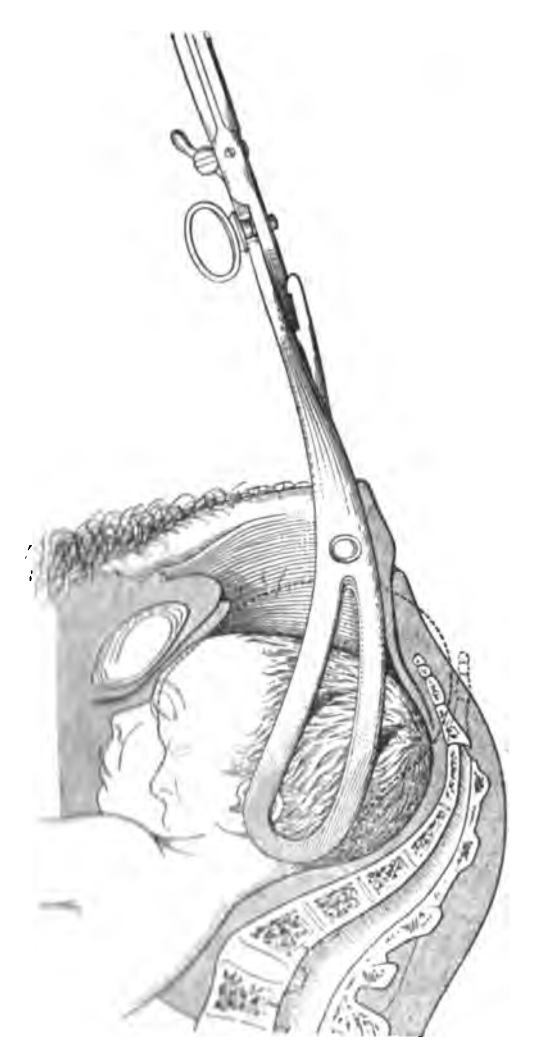


FIGURE 11. — Sommet non fléchi, en position directe OCCIPITO-SACRÉE. Forceps appliqué d'abord sur les mastoïdes pour produire la flexion, l'attitude du contour pointillé.

TABLEAU COMPARATIF DES CINQ TEMPS DU MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT (1)

TEMPS	Sommet premier	Face première	Épaules après Tête ou Siège	Siège premier	Tête dernière
1 Engagement dans le détroit supérieur.	*Orientation oblique* du maître-diamètre. Amoindrissement par *flexion.*	*Orientation oblique* du maître-diamètre. Amoindrissement par *déflexion.*	*Orientation oblique* du maître-diamètre. Amoindrissement par *compression* prépulsant et rapprochant les acromions.	*Orientation oblique* du 1er maître-diamètre (SACRO-TIBIAL). Amoindrissement par *compression.*	*Orientation oblique* du maître-diamètre (VERTÉBRO-MENTONNIER). Amoindrissement par *flexion.*
2 Descente.	*Progression* simple.	*Progression.* Rotation de descente nécessaire pour transformer les pos. post. en pos. ant.	*Progression* simple.	*Progression.* Le premier maître-diamètre s'amoindrit et le cède enfin au BITROCHANTÉRIEN.	*Progression* simple.
3 Attaque du détroit inférieur.	*Orientation antéro-postérieure* du maître-diamètre par *rotation* qui amène *l'occiput en avant.*	*Orientation antéro-postérieure* du maître-diamètre par *rotation* qui amène le *menton en avant.*	*Orientation antéro-postérieure* du maître-diamètre par *rotation* qui place une *épaule en avant,* l'autre *en arrière.*	*Orientation antéro-postérieure* du nouveau maître-diamètre (BITROCHANTÉRIEN) par *rotation* qui place une *hanche en avant,* l'autre *en arrière.*	*Orientation antéro-postérieure* du maître-diamètre par *rotation* qui amène le *menton en arrière.*
4 Passage du détroit inférieur. Entrée dans le bassin mou.	A. Engagement jusqu'à la circonférence S.-O.-B. par *progression.* B. Passage du front devant le coccyx par *déflexion.*	A. Engagement jusqu'à la circonférence hyo-bregmatique par *progression.* B. Passage de la région pariéto-occipitale devant le coccyx par *flexion.*	A. Passage de l'épaule antérieure par *progression.* B. Passage de l'épaule post. par flexion latérale du dos ou du cou (*inflexion*).	A. Passage de la hanche antérieure par *progression.* B. Passage de la hanche postérieure par *inflexion* vertébrale.	A. Engagement du menton et de la face par flexion. B. Passage du front par *flexion* exagérée.
5 Passage de la vulve. Dégagement.	A. Engagement jusqu'à la circonférence S.-O.-B. par *progression* et *déflexion.* B. Dégagement du front et de la face par *déflexion* exagérée et *retrait du périnée.*	A. Engagement jusqu'à la circonférence hyo-bregmatique par *progression* et *flexion.* B. Dégagement de l'arrière-tête par *flexion* exagérée et *retrait du périnée.*	A. Sortie de l'épaule antérieure par *progression.* B. Dégagement de l'épaule post. par *inflexion* exagérée et *retrait du périnée.*	A. Sortie de la hanche antérieure par *progression.* B. Dégagement de la hanche postérieure par *inflexion* exagérée et *retrait du périnée.*	A. Sortie du menton et de la face par *flexion.* B. Dégagement du front et de l'arrière-tête par *flexion* exagérée et *retrait du périnée.*

(1) Extrait du chapitre II : *Mécanisme de l'accouchement.*

DE L'ACTION DES ANTISEPTIQUES SUR LE PÉRITOINE

Par le Dr **Pierre Delbet**, prosecteur à la Faculté de médecine,
F. de Grandmaison, interne des hôpitaux, préparateur adjoint au laboratoire d'histologie de la Faculté, et **Marcel Bresset**, externe des hôpitaux (1).

IV

Action des divers antiseptiques en particulier.

1. Acide phénique. — Nos expériences ont été faites avec une solution phéniquée à 1 p. 100. Elles ont porté sur sept chiens. Deux sont morts empoisonnés. Les autres ont été mis à mort au quatrième ou au dixième jour. Dans tous les cas, le péritoine présentait à l'œil nu un aspect normal ; une seule fois, chez un chien tué quatre jours après le lavage nous avons trouvé l'intestin un peu rouge.

Si les lésions macroscopiques sont nulles ou presque nulles, il n'en est pas de même des lésions histologiques. Au bout de cinq minutes, les cellules sont déjà séparées les unes des autres par des dépôts abondants d'argent. Du premier coup, en quelque sorte, les cellules se sont ratatinées, les lésions sont arrivées au deuxième et au commencement du troisième degré.

Au bout de quatre jours, la desquamation cellulaire est énorme. A certains endroits on ne trouve que quelques

---

(1) Voir les *Annales de Gynécologie*, Janvier 1891.

Errata. — Les épreuves du début de ce mémoire, paru dans le numéro précédent, s'étant égarées, quelques fautes d'impression ont subsisté dans le tirage. Nous prions donc le lecteur de rectifier ainsi qu'il suit :

Page 24, ligne 24, supprimer *l'homme*.

Page 25, ligne 5, *au lieu* de *prition : lire*, *sécrétion*.

Page 28, ligne 9, supprimer *une*.

Page 28, ligne 30, *au lieu* de *Klesnenberg* : *lire*, *Kleinenberg*.

Page 36, ligne 26, *au lieu* de *perte : lire*, *sorte*.

Page 38, ligne 2, *au lieu* de *caillots : lire*, *cellules*.

groupes de cellules, 10 ou 20 qui sont restées en place. En d'autres endroits, les cellules ont persisté en plus grand nombre ; mais au milieu de ces groupes on voit des trous ; un, deux ou trois éléments sont tombés, laissant voir la membrane anhiste qui ne fixe pas l'argent. Toutes les cellules qui restent sont granuleuses, d'un gris foncé, leurs contours sont épaissis, sans dentelures. La figure IV a été faite d'après une préparation de péritoine ayant subi l'action de l'acide phénique.

Au dixième jour, les cellules présentent encore des altérations manifestes, épaississement des travées intercellulaires, état légèrement granuleux du protoplasma. Malheureusement, nous n'avons laissé qu'un seul chien vivre jusqu'au dixième jour, et les préparations que nous avons obtenues avec le péritoine de cet animal n'ont pas été assez réussies pour qu'on puisse dire si les parties qui avaient subi la desquamation étaient de nouveau revêtues de cellules jeunes.

2. Sublimé. — Les expériences ont porté sur 12 chiens. Chez deux de ces animaux, le lavage a été fait avec la solution de Van Swieten à 1 p. 1000, et l'abdomen a été laissé rempli de cette solution pendant cinq minutes. Ces deux chiens ont succombé dans les vingt-quatre heures.

L'autopsie a montré d'énormes lésions macroscopiques. Il y avait un épanchement séro-sanguin abondant, une congestion intense de tout l'intestin avec extravasations sanguines le long des vaisseaux du mésentère. Ce dernier dans l'intervalle des anses vasculaires était devenu opalin, presque opaque en certains endroits.

Deux chiens ont subi le lavage avec la liqueur de Van Swieten dédoublée, 1 p. 2000.

Chez l'un le lavage a été fait avec la solution de sublimé sans autre précaution. Il est mort au bout de deux jours. Chez cet animal, nous avons réouvert l'abdomen au bout de 2 heures et demie. Il y avait déjà des lésions macroscopiques manifestes. L'abdomen était rempli d'une sérosité sangui-

nolente ; l'intestin était rouge et congestionné ; le mésentère opalescent. A l'autopsie, nous avons trouvé des lésions de même nature mais plus accentuées. L'autre chien ayant subi le lavage par la méthode décrite par l'un de nous, a été mis à mort 19 jours après. Il existait entre les anses intestinales de nombreuse adhérences, qui ont rendu difficile l'examen microscopique.

Les huit autres chiens ont subi le lavage avec des solutions à 1 p. 3000 (1), ou à 1 p. 5000 (7). Deux de ces animaux ont succombé dans la nuit, sans présenter de lésions macroscopiques apparentes du péritoine.

Les autres sont morts ou ont été tués après 24 heures, 48 heures, 10 jours. Le péritoine de tous ces animaux présentait des lésions macroscopiques graves. Au bout de 24 heures nous avons trouvé (4) le péritoine rempli d'un liquide séro-sanguin, l'épiploon ratatiné et ecchymosé, l'intestin rouge, et le mésentère plein d'ecchymoses. Au bout de 48 heures (2) l'épanchement était un peu moins considérable, ce qui n'a rien de surprenant, car l'épanchement du premier jour est en partie constitué par le liquide laissé dans l'abdomen. Mais l'épiploon, l'intestin et le mésentère étaient encore dans le même état, rouges et ecchymosés ; en outre il y avait quelques fausses membranes entre les anses intestinales. Au dixième jour, il n'y avait plus d'épanchement ni de congestion : la couleur était normale, mais toutes les anses intestinales étaient réunies en un paquet adhérent, ce qui a rendu impossible l'examen histologique du péritoine.

Voici les résultats de l'examen microscopique des cellules endothéliales après imprégnation au nitrate d'argent. Nous les décrivons d'un seul coup, car les résultats ont été à peu près les mêmes quel que soit le taux de la solution employée de 1 p. 1000 à 1 p. 5000.

Au bout de trois minutes d'action, on trouve déjà les contours cellulaires dessinés par de grosses travées noires. Les cellules sont rétractées, c'est l'altération du second degré. Au bout de cinq minutes les altérations sont plus

graves, mais nous ne les avons pas toujours trouvées identiques à elles-mêmes. Tantôt ce sont les altérations du 3e stade qui dominent, contours cellulaires épaissis et imprégnation positive totale des cellules ; tantôt ce sont celles du 4e stade caractérisées par la desquamation cellulaire, qui sont plus frappantes. Et même dans certaines préparations on ne trouve plus de cellules endothéliales, la desquamation a été complète, tandis que les cellules des vaisseaux tout à fait normales apparaissent très nettement avec leurs contours onduleux finement dessinés par l'argent.

De même au bout de 48 heures, on trouve suivant les animaux, et aussi suivant les préparations des altérations du 3e ou du 4e degré, et même, en certains points, seulement du second.

J'ai déjà dit que les examens histologiques des pièces recueillies au dixième jour et plus tard avaient été rendus très difficiles par la présence d'adhérences nombreuses. Toutefois nous avons pu obtenir quelques préparations, mais l'interprétation en est fort diffficile. En certains points on ne trouve aucune cellule endothéliale ; peut-être est-ce à la place d'adhérences décollées ou rompues. Dans d'autres points les cellules endothéliales forment encore un carrelage régulier, mais quelques-unes ont des contours épaissis et un protoplasma granuleux. Enfin, en d'autres endroits, on voit une quantité d'éléments de très petites dimensions. Ces éléments ont à peine le tiers ou le quart de la dimension des cellules péritonéales ordinaires ; ils sont circonscrits par des traits argentiques un peu épais. Comme nous n'avons jamais pu réussir à colorer simultanément les noyaux et les contours cellulaires, il nous est impossible de dire s'il s'agit là d'éléments jeunes en voie de prolifération, ou s'il s'agit de fragments de cellules détruites.

En somme, les solutions même faibles de sublimé à 1 p. 5000, déterminent des lésions graves du péritoine. Elles amènent une diapédèse intense se traduisant par un épanchement rougeâtre et par des ecchymoses de l'épiploon et

du mésentère (bien que nous n'ayons jamais constaté d'altérations des cellules endothéliales des vaisseaux). Elles entraînent des altérations graves et même la destruction des cellules endothéliales.

3. Biiodure de mercure. — Nous avons employé une solution de biiodure de mercure à 1 p. 10000 (1). Nos expériences ont porté sur deux chiens, qui ont été mis à mort au bout de 3 et 7 jours. Les lésions macroscopiques étaient très légères : seulement un peu d'épaississement du mésentère. Sur le chien mis à mort au 7e jour, il y avait des adhérences molles assez étendues entre les anses intestinales ; mais nous avions ouvert deux fois l'abdomen de ce chien, la première fois pour faire le lavage, la seconde fois, trois jours après pour constater l'état macroscopique des parties ; il est possible que le second traumatisme soit pour quelque chose dans la production de ces adhérences.

Au microscope, après imprégnation au nitrate d'argent des pièces recueillies au troisième jour, les cellules sont très altérées : les unes ont complètement fixé le nitrate d'argent, les autres également imprégnées sont en partie détruites. (3e et 4e stade).

Au septième jour les altérations sont sensiblement les mêmes.

4. Acide salicylique. —Nous avons fait une seule expérience avec une solution contenant 6 grammes d'acide salicylique et 100 grammes d'alcool pour 1000 grammes d'eau. L'effet immédiat du lavage est tout à fait frappant. L'intestin se contracte, les vaisseaux diminuent de calibre et disparaissent, tout se décolore : au bout de 4 à 5 minutes, l'intestin tout à fait rétracté et le mésentère sont blanc opaque comme de la porcelaine ; en outre leur surface est devenue irrégulière, rugueuse, comme chagrinée. Au bout de 48 heures, quand nous avons sacrifié l'animal, nous avons

(1) Cette solution, qui était celle qu'employait M. le professeur Trélat, contient un peu d'iodure de potassium.

trouvé dans l'abdomen un épanchement abondant sur lequel nageaient de larges gouttes huileuses. C'est la seule fois, dans tout le cours de nos expériences, que nous ayons rencontré ces gouttes huileuses. L'intestin était rouge, et les anses réunies par des adhérences molles. Si les altérations macroscopiques étaient énormes, les modifications microscopiques ne le sont pas moins. On ne trouve plus trace de l'endothélium péritonéal : les cellules sont tombées, il n'en reste que des débris informes : mais les cellules des vaisseaux sont intactes.

L'aspect de la préparation est tout à fait semblable à celui qui a été représenté dans la fig. VI. (Cette figure a été faite d'après une autre préparation dont il sera question plus loin.) Au bout de 48 heures, l'état est le même ; on voit une sorte de trame fibrillaire et pas une cellule endothéliale dessus.

5. Solution de Rotter (1). — Rotter a réuni dans une solution un grand nombre de substances antiseptiques, chacun à dose très faible, pensant que les effets antiseptiques s'ajouteraient, tandis que les effets toxiques ne s'ajouteraient pas. Nous nous sommes décidés à expérimenter cette solution après avoir constaté que Schœde s'en servait couramment. Confiant dans l'affirmation que cette solution n'était pas toxique, nous avons fait avec elle un grand lavage du péritoine. Le chien est mort 16 heures après (2). A

(1) La formule de cette solution est la suivante. Pour un litre d'eau :

Sublimé	0,05.
Chlorure de sodium	0,25.
Acide phénique	2,0
Chlorure de zinc	
Phénol-sulfate de zinc	5,0
Acide borique	3,0
Acide salicylique	0,6
Thymol	0,1
Acide citrique	0,1

Elle a été publiée dans le *Cent. f. Chir.* 1888, n° 40, p. 729.

(2) Nous avons dans une autre expérience injecté 20 cent. cubes de la

l'autopsie qui n'a été faite que 30 heures après la mort, nous avons trouvé un peu d'épanchement sanguinolent dans le péritoine; l'intestin était rouge et dépoli, le mesentère très congestionné avec des ecchymoses le long des vaisseaux. L'autopsie a été faite trop tard, pour que l'examen microscopique soit encore possible.

Sur les pièces recueillies cinq minutes après le lavage, nous n'avons constaté que peu d'altérations. Par places, les cellules présentent leur aspect absolument normal. En d'autres points, elles sont manifestement altérées; mais les altérations diffèrent un peu de ce que nous avons observé avec les autres antiseptiques. Elles sont grises et granuleuses, ayant subi une imprégnation positive partielle, mais leurs contours ne présentent aucun épaississement. Il semble n'y avoir pas eu de rétraction.

6. Violet de méthyle. — Les couleurs d'aniline ayant été vantées par Stilling comme antiseptiques, nous avons voulu étudier leur action sur le péritoine. Elles ont le grand avantage de n'être nullement toxiques. Nous en avons injecté à des lapins et à des chiens dans la cavité abdominale sans déterminer le moindre phénomène d'intoxication. Sous leur influence, tout le péritoine se colore en violet; puis le liquide s'élimine; nous n'avons pu étudier les voies d'élimination, ce qui était tout à fait en dehors du cadre de nos recherches; mais nous avons été frappé du fait suivant. Lorsqu'on injecte des quantités notables de solution de violet de méthyle dans le péritoine, cette solution s'élimine, mais aucun organe, autre que le péritoine, ne se colore en violet et le sang ne change pas de couleur. Il est donc bien certain que la matière colorante ne sort pas du péritoine en nature. Ou bien elle est momentanément fixée par le péritoine lui-même, ou bien elle est transformée par lui.

---

solution de Rotter dans le péritoine d'un cobaye. L'animal est mort dans la nuit, sans altération macroscopique du péritoine. L'examen histologique n'a pas été fait.

La solution que nous avons utilisée pour laver le péritoine était à 1 p. 4,000. A la suite de ces lavages, les imprégnations au nitrate d'argent ont complètement échoué ; nous ne pouvons donc donner de résultats de l'ordre de ceux que nous avons indiqués jusqu'ici ; mais nous avons constaté un fait fort intéressant. Après avoir fait agir une solution à 1 p. 4,000 sur le péritoine d'un lapin vivant, nous avons vu très nettement que les noyaux des cellules du péritoine et des capillaires avaient fixé la matière colorante. S'il est vrai, comme on l'admet généralement, qu'une cellule dont le noyau se colore est une cellule morte, il faut en conclure que le violet de méthyle exerce une action énergiquement destructive sur l'endothélium péritonéal. Du reste les solutions même à 1 pour 4,000 ont encore une telle puissance colorante qu'elles teindraient complètement l'opérateur, l'opéré et le matériel, ce qui les rend inutilisables pour la chirurgie générale.

7. Acide borique. — Une seule expérience a été faite avec une solution d'acide borique à 3 p. 100. L'animal a été mis à mort au bout de 48 heures ; nous n'avons constaté aucune altération macroscopique. Les altérations microscopiques sont extrêmement légères. Sur deux pièces recueillies après cinq minutes de lavages, l'une ne présentait aucune altération. Sur l'autre, on voyait quelques points noirs angulaires, un très petit nombre de points marginaux, et peut être un peu plus de cellules fixant le nitrate d'argent qu'il n'en existe dans le péritoine normal. Au bout de 48 heures, il restait encore quelques points angulaires. En somme, l'acide borique n'a produit qu'une légère rétraction angulaire, et ne portant que sur un petit nombre de cellules, c'est-à-dire des lésions insignifiantes (1).

(1) Nous avons voulu aussi expérimenter le naphtol B. Nous avons injecté par un trocart 100 grammes d'une solution ou plus exactement d'une suspension de naphtol B à 7 p. 100 dans le péritoine d'une chienne de moyenne taille. L'effet immédiat fut effrayant. L'animal aussitôt détaché tombe sur le flanc. Il est dans l'impossibilité absolue de se tenir debout. Quelques instants après

Après avoir étudié l'action des principaux antiseptiques utilisés, nous avons voulu soumettre à l'expérimentation deux autres liquides fréquemment employés dans les laparotomies, l'eau distillée et la solution de chlorure de sodium à 7 p. 1,000.

8. EAU DISTILLÉE. — Nos expériences ont porté sur cinq chiens. Sur deux d'entre eux nous avons fait des lavages à la température du corps, 39°, comme avec toutes les solutions antiseptiques précédemment étudiées. Au bout de cinq minutes et de 48 heures, nous avons trouvé absolument le même état des cellules. Elles ont subi la rétraction angulaire et la rétraction marginale se traduisant par des points noirs angulaires et marginaux. Les lésions sont donc nettement du second degré.

Sur trois autres chiens, nous avons employé l'eau distillée à 50 et 52° ; certains chirurgiens l'employant à cette température dans le but d'arrêter les hémorrhagies capillaires. Ces animaux ont été mis à mort au bout de 4 jours, 9 et 10 jours. Il n'y avait aucune altération macroscopique du péritoine. La température élevée ne paraît pas avoir eu grande action sur les cellules. Au bout de cinq minutes, les altérations ne sont pas plus considérables qu'avec l'eau à 39°. Mais après quatre jours, on trouve un certain nombre de cellules granuleuses. Il en est de même au dixième jour. On voit des groupes de cellules granuleuses dont les contours sont épaissis ; mais en beaucoup d'endroits, il n'y a aucune espèce d'altération. On ne peut donc pas dire que l'élévation de la température ait été indifférente, mais il semble que son action se soit bornée à accélérer l'évolution de certaines cellules, sans doute les plus anciennes, et à déterminer une caducité plus rapide. Mais comme ces cellules ne sont pas

surviennent des vomissements répétés puis un flux diarrhéique abondant. Au bout d'une heure, l'animal a l'écume à la bouche ; il commence à se redresser sur ses pattes de devant, mais il ne peut encore se tenir sur celles de derrière. Il s'est remis peu à péu, et a survécu. Cette première tentative ne nous a pas encouragés à continuer nos expériences avec le naphtol.

encore desquamées au dixième jour, il est vraisemblable que cette altération n'aurait que peu d'inconvénients pratiques.

9. Eau salée. — Nous avons employé la solution de chlorure de sodium à 7 p. 1000, élevée à la température de 39°, une seule expérience a été faite. Le chien a été sacrifié au bout de 48 heures. Il n'y avait aucune altération macroscopique.

Les pièces recueillies cinq minutes après le lavage présentent un aspect à peu près normal. Les cellules sont dessinées par de fins contours légèrement ondulés. On trouve seulement par place quelques points angulaires, et un ou deux points marginaux, sur une très grande étendue. Au bout de 48 heures, les points angulaires sont devenus plus nombreux. La majorité des cellules présentent les altérations du premier degré.

Enfin, nous avons cherché si les divers traumatismes auxquels est soumis le péritoine au cours d'une laparotomie n'ont pas d'action nocive sur les cellules du péritoine.

(*A suivre.*)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 janvier.

Le Dentu. — A l'occasion d'un rapport sur un travail de M. le Dr Para : **Traitement de l'endométrite par le curage combiné à l'écouvillonnage**, le rapporteur termine une étude comparative des différences de traitement de l'endométrite par les conclusions suivantes : la cautérisation au chlorure de zinc, au moyen de pâte de Canquoin, doit être absolument proscrite, parce qu'elle expose trop à l'atrésie, et que, par l'énergie inutile de son action, elle compromet trop l'avenir fonctionnel de l'utérus. Les caustiques liquides, mis en contact avec la face interne de l'utérus, fraîche-

ment raclée, sont évidemment beaucoup moins à redouter ; ils ne sont pas appelés à agir alors comme moyens destructeurs, mais seulement comme agents irritants et modificateurs.

Discussion : POLAILLON défend la cautérisation de l'utérus par les flèches caustiques, mais en insistant de nouveau sur les précautions qu'elle exige, et surtout sur l'observation soigneuse des indications. Contre-indiquée tant qu'il n'existe pas de maladie profonde, invétérée de la muqueuse de l'utérus, elle se montre, pour ainsi dire, souveraine dans les métrites fongueuses, hémorrhagiques, celles qui rappellent, à s'y méprendre, le cancer de la muqueuse utérine. BUDIN, par contre, cite l'exemple d'une jeune femme qui, n'ayant plus ses règles depuis 4 à 5 mois, se croyait enceinte. Or, l'examen, loin de confirmer cette idée, démontra que l'*utérus était absolument atrophié, réduit à un état rudimentaire,* conditions consécutives vraisemblablement à un traitement par des crayons au chlorure de zinc, subi 5 mois environ auparavant, dans un des services hospitaliers de Paris. Selon toute probabilité, cette femme ne sera plus menstruée et restera stérile. LE DENTU admet que la cautérisation par les flèches caustiques, entre des mains habiles et prudentes, est susceptible de donner de bons résultats, mais il la considère comme extrêmement dangereuse, lorsqu'elle est appliquée, à tort et à travers, par des mains inexpérimentées. R. L.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 11 *novembre* 1890.

LAMOTTE, au nom de Bar, présente un **placenta unique**, provenant d'une grossesse gémellaire. Il y avait 2 poches distinctes, et hydropisie de l'un des œufs (2,500 gram. de liquide), tandis que le liquide amniotique était rare dans l'autre (500 gram.). D'autre part, l'injection des vaisseaux placentaires mit en évidence une anastomose artérielle, large, centrale, indiquant qu'il devait y avoir réellement fusion entre les deux circulations qui trouvaient dans la partie moyenne du placenta un large territoire commun.

PAJOT. Rapport sur une observation **d'accouchement triple** (lue à la séance de novembre par le Dr Poitou-Duplessy). Il s'agit d'un accouchement triple compliqué d'accidents, fort intéressants, chez

une femme IIpare. Le ventre était énorme. La femme était en travail à l'arrivée de notre confrère. L'observation ne dit pas si la grossesse était à terme, mais cela est probable, puisque les trois fœtus, pesaient ensemble 7400 gr. Le travail marcha lentement, pourtant la dilatation, d'un franc à 4 heures du matin, était complète à 8 heures, ce qui n'a rien d'extraordinaire comme lenteur. Bientôt les contractions s'affaiblirent et, après avoir rompu les membranes, la tête descendit dans l'excavation, mais les douleurs s'espacèrent de plus, en plus et devinrent très faibles, notre confrère appliqua le forceps et un premier enfant vivant fut extrait. Les mêmes phénomènes se reproduisirent pour les deux autres fœtus et deux autres fois la même conduite fut suivie et eut les mêmes résultats. Ici, je ferai une remarque. Pour les deux premiers enfants, je n'ai rien à dire et j'aurais probablement suivi la même conduite, mais pour le troisième, peut-être, me serais-je un peu moins pressé. *Il n'y avait aucun accident*, et comme nous savons tous qu'un utérus aussi distendu se contracte d'abord faiblement et plus tard se rétracte difficilement, j'aurais craint le défaut de rétraction, après l'évacuation complète de l'organe, et les conséquences qu'entraîne ce défaut de rétractilité. J'aurais laissé à la matrice le temps de se reposer, puis de se contracter, *puisqu'il n'y avait pas urgence*, et j'aurais ainsi placé l'organe, dans des conditions plus favorables pour la délivrance. La crainte de produire des eschares et des fistules n'était pas fondée, puisque les membranes étaient intactes et que le sommet n'était pas à la vulve, depuis plusieurs heures, quand le forceps a été appliqué la 3e fois. En agissant ainsi, c'était certainement placer l'utérus dans des conditions plus favorables et sans inconvénient, etc. Toujours est-il, qu'avec la délivrance se produisit une hémorrhagie considérable et ici je ne puis m'empêcher de faire une observation qui a échappé à mon confrère. L'extraction du 3e enfant aurait dû être suivie, immédiatement, de la mise au lit de la position horizontale pour la mère, tête basse, bassin élevé, et c'est dans cette situation seulement que la délivrance aurait dû être faite. Or, l'auteur nous dit que « *par suite de la position de la femme sur le bord du lit, on entendait le sang tomber avec bruit, comme d'un robinet largement ouvert, dans le vase placé dessous* ». A mon sens, c'était une faute de tenter la délivrance dans cette situation, alors que l'idée d'une hémorrhagie probable avait fait prendre à notre confrère des précautions excellentes.

Quant aux moyens employés pour combattre l'accident, je suis heureux de pouvoir dire que je suis complètement d'accord avec l'auteur. L'*ergot*, les injections très chaudes et la compression de l'aorte, par le ventre et non par l'utérus, me compteront jusqu'à la fin de ma vie, parmi leurs plus ardents défenseurs. En terminant, le prof. Pajot rappelle la règle capitale à laquelle il a soumis l'administration de l'ergot et s'élève énergiquement contre la campagne de proscription menée, il y a peu, contre ce médicament.

JOUIN. Rapport sur un **cas de basiotripsie**, observation lue par le Dr Auger (de Montréal).

SCHWARTZ. Rapport sur un mémoire de Jacobs, intitulé : **Remarques cliniques et opératoires sur une série de cinquante laparotomies.** Il y a 47 guérisons et 3 décès. Soit une mortalité de 6 0/0.

« Avant de passer à l'énonciation des différents cas qui ont nécessité l'intervention chirurgicale, l'auteur nous donne un aperçu général sur son outillage chirurgical, sur la salle d'opération, sur la façon dont il fait l'antisepsie. Rien de bien spécial à noter, si ce n'est que la désinfection des instruments est obtenue par le séjour dans l'eau bouillante pendant cinq minutes avant l'opération, que celle des instruments à mors, comme pinces à forcipressures, à dissection, par le flambage à la lampe à alcool. Cette dernière manière de faire à des inconvénients au point de vue de la bonne conservation des instruments ainsi traités. Pendant l'opération, pas d'éponges ou rarement, mais les compresses aseptiques trempées dans de la liqueur de Van Swieten dédoublée au moment de l'opération. La manière d'opérer, les soins consécutifs, ne diffèrent en rien de ce que nous voyons et faisons journellement.

Opérations pour fibro-myômes utérins. — 2 hystérectomies abdominales avec pédicule extra-péritonéal; *guérisons;* 1 hystérotomie avec réduction du pédicule et de sa ligature élastique : guérison après accidents inflammatoires aseptiques déterminés par la ligature et nécessitant encore 2 laparotomies consécutives; 1 castration double, *guérison;* 2 ablations de fibromes pédiculés avec pédicules réduits, guérisons.

L'auteur n'est pas partisan exclusif de la méthode intra-péritonéale qui expose davantage à l'infection péritonéale et aux hémorrhagies, quand la cavité utérine a été ouverte.

Opérations pour tuberculose du péritoine et des organes génitaux. — 3 laparotomies, 3 guérisons opératoires ; les malades

n'ont point vécu assez longtemps pour pouvoir parler de guérisons définitives.

Opérations pour ovario-salpingites et salpingites. — 21 laparotomies dont 18 avec castration uni ou bilatérale et ablation des trompes malades ; 2 avec détachement d'adhérences ; dans ces cas on a fait le drainage ; résultats éloignés excellents. Sur les 21 opérations, 2 *morts*, l'une par péritonite septique, l'autre par congestion pulmonaire.

Laparotomies ou incisions exploratrices. — 5 cas, *guérisons.*

Ovariotomies. — 8 opérations, dont 2 énucléations de kystes du ligament large ; *guérisons.*

Hystéropexies abdominales. — 6 opérations dont 5 pour rétroflexions douloureuses ; 1 pour un prolapsus ; toutes opérations qui ne datent que de 3 à 4 mois au plus. Il serait d'autant plus important de connaître les suites, que l'opérateur ne met qu'un seul fil sur l'utérus pour le fixer à la paroi abdominale et ne crée ainsi qu'une zone d'adhérences bien limitée. En particulier, le prolapsus récidiva quelques mois seulement après l'opération. Aussi l'auteur pense-t-il qu'il est préférable de combiner l'hystéropexie avec les opérations anaplastiques sur le vagin, la vulve et le périnée.

Le mémoire se termine par une observation de tumeur intestinale enlevée par résection de l'intestin et terminée par la *mort.* »

VERRIER. Au nom du Dr Bousquet : Rapport sur **l'emploi du choréoptisme pendant l'accouchement.** *Conclusions.* Le choréoptisme ou hypnotisme provoqué à l'aide du miroir tournant produit chez les sujets en expérience une insensibilité complète ; la suggestibilité ne se développe que lentement, après plusieurs séances ; la catalepsie n'est complète qu'après un entraînement prolongé ; l'état somnambulique est plus difficile à produire. Il peut être employé avec un succès indiscutable pendant le travail de l'accouchement.

Dans tous les cas, un entraînement plus ou moins prolongé est absolument indispensable ; les insuccès sont dus à l'insuffisante durée de celui-ci ou au changement de suggestion dans le cours du travail. Si le choréoptisme est, sans conteste, une curiosité scientifique qui honore son promoteur, il ne me paraît pas démontré qu'il puisse entrer dans la pratique de chaque jour, ni se substituer au chloroforme, ni même à la cocaïne dont l'action est immédiate et certaine, et n'exige aucune préparation.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 23 janvier.

COMBY. **Paralysies obstétricales du nouveau-né.** — Après un résumé succinct de la question, l'auteur relate 3 observations personnelles: 1° petite fille de *onze jours*, atteinte de paralysie du membre supérieur gauche, avec œdème généralisé, accusé surtout aux extrémités. Accouchement terminé par la version. Traitement: *faradisation* ; 7 jours après, l'œdème avait disparu ; 15 jours après le début du traitement, *guérison* complète ; 2° petite fille de *six semaines* atteinte de paralysie du bras gauche sans œdème. Accouchement (présentation de l'épaule) terminé par la version. Traitement: *faradisation, amélioration légère;* 3° enfant de *six mois*, qui était né en état de mort apparente et qui n'avait été que difficilement ranimé. Il présente de la paralysie des membres supérieurs qui pendent inertes, en rotation en dedans avec pronation de l'avant-bras et flexion des doigts. *Faradisation* pendant plusieurs mois, *sans résultat.*

En résumé, une guérison, une amélioration légère, un échec complet. En général, cependant, la paralysie obstétricale guérit, mais il ne faut pas intervenir trop tardivement. Le traitement est la faradisation, appliquée 3 fois par semaine pendant 5 à 6 minutes. On y joint des friclions, des bains salés, le massage.

Discussion. JOFFROY pense que ces paralysies obstétricales ne comportent pas un pronostic grave. Les échecs éprouvés par M. Comby, tiennent sans doute à ce qu'il se sert des courants faradiques Or, si la fardisation réussit dans les cas légers, elle reste inefficace dans les cas graves, lorsqu'elle ne fait pas contracter les muscles, ce qui est la règle dans ces conditions. Il faut alors recourir aux courants galvaniques, non sous forme de courants continus, mais sous forme de secousses. Il a vu, sous l'influence de ce mode d'électrothérapie, la motilité reparaître dans des muscles où il la croyait définitivement abolie. HAYEM a vu les courants continus, employés sous la forme indiquée par Joffroy, avoir raison d'une paralysie absolue du membre supérieur, à marche progressive. Il est essentiel d'employer des courants qui donnent des réactions musculaires. Toutefois, il ne tient pas le pronostic pour bénin, car, dans les autres cas qu'il a observés, le résultat thérapeutique a été nul ou incomplet. JOFFROY a voulu seulement dire que le pro-

nostic est moins grave qu'on ne le croit généralement. Dans un cas, le plus sérieux qu'il ait observé, la contractilité avait disparu depuis plusieurs mois dans plusieurs muscles, et cependant la guérison a été complète. R. L.

REVUE ANALYTIQUE

I. — OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES

De la détermination des indications dans les bassins étroits. (Die Indicationsstellung bei engem Becken), par M. Grapow. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1889, Bd XVII, Hft 1, p. 84.

Dans un exposé succinct, l'auteur montre les changements survenus dans le traitement des bassins rétrécis parallèlement aux découvertes importantes qui ont amélioré l'intervention obstétricale (version, forceps, accouchement prématuré). En quelques lignes, il rappelle les indications principales, au sujet desquelles l'accord est pour ainsi dire fait, et sur lesquelles est basée l'opportunité de l'emploi du forceps et de la version. Il insiste d'une façon toute particulière sur les positions respectives de l'opération césarienne, de la craniotomie et de l'accouchement prématuré. Son argumentation repose sur des faits cliniques, peu nombreux à la vérité, mais intéressants : a) *accouchement spontané, malgré un bassin rétréci, avec un diamètre antéro-postérieur de* 6 cent. 5 ; b) *accouchement spontané d'un enfant à terme, après accouchements antérieurs, laborieux, ayant exigé les secours de l'art* ; c) *accouchement prématuré artificiel, à la* 37e *semaine, d'un enfant vivant relativement gros*, 3350 *gr*.) *après* 5 *accouchements antérieurs laborieux, se terminant par l'expulsion d'enfants mort-nés;* d) enfin, 5 cas d'opération césarienne, se répartissant comme il suit : e) *opération de Porro, mort de la mère* 6 *jours après l'intervention, enfant vivant;* f) *section césarienne conservatrice, mère et enfant vivants ;* g) *section césarienne conservatrice, mort de la mère* 2 *jours après, enfant vivant;* h) *section césarienne avec issue favorable pour la mère et pour l'enfant;* i) *opération de Freund, mort de la mère au cours de l'opération, enfant vivant.*

Commentant les statistiques, et n'invoquant que celles qui, sont dressées avec des faits postérieurs à l'application rigoureuse de la méthode antiseptique, il exprime l'opinion, qu'à l'heure actuelle, craniotomie et accouchement prématuré ne comportent pour ainsi dire, pas plus de dangers pour la mère que l'accouchement naturel. Et cela, malgré les brillants résultats de quelques opérateurs, ne peut être dit de l'opération césarienne. D'autre part, il fait observer, en s'appuyant sur l'analyse de statistiques que si, avec l'opération césarienne, on a beaucoup d'enfants vivants, bon nombre d'enfants succombent dans les premières années de l'existence. Aussi, est il d'avis, qu'on doit, encore aujourd'hui, restreindre beaucoup les indications de l'opération césarienne.

A ce sujet, il classe les faits en 2 catégories : *a*) femmes *mariées*, *b*) femmes *non mariées*, et il formule les règles de conduite suivantes : chez les premières, à défaut d'indication absolue, *il ne faut faire l'opération césarienne, que devant le souhait, formellement exprimé par la femme*, ayant toute sa présence d'esprit, et parfaitement prévenue des risques auxquels elle s'expose en subissant l'opération, *d'avoir un enfant vivant; chez les femmes non mariées, d'une manière générale, l'opération césarienne ne doit être faite qu'au cas d'indication absolue*. Parmi les justifications de cette seconde proposition, l'auteur rappelle que la mortalité, entre 2 et 6 mois, des enfants illégitimes est 2 fois 1/2 plus grande que celle des enfants légitimes.

En terminant, l'auteur entre dans quelques détails sur la technique opératoire à suivre pour la perforation et l'accouchement prématuré.

R. L.

Méthode simple de mesurer d'une façon exacte l'inclinaison du bassin. (Eine einfache Methode, auf exakte Weise, die Beckenneigung zu messen), O. KUSTNER. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 21, p. 377.

L'inclinaison du bassin, la femme étant dans le décubitus dorsal, les cuisses relevées de façon à relâcher la paroi abdominale, s'obtient, en général, aisément. On déprime, d'une main, la paroi abdominale jusqu'à ce que l'on arrive sur le promontoire. On applique alors l'extrémité d'une règle graduée sur le promontoire et avec le talon de la main, on rabat la règle sur la symphyse. La direction de la règle représente exactement l'inclinaison du

bassin. Un appareil gradué fixé sur la portion de la règle qui repose sur la symphyse, indique cette inclinaison.

La femme étant dans la position verticale, ce procédé de mensuration directe est inapplicable. Voici comment on tourne la difficulté ; on mesure, la femme étant couchée, l'angle formé par le plan qui correspond au diamètre conjugué, et un autre plan, dit pubo-spinal, déterminé par 3 points, la symphyse et les 2 épines iliaques antérieures et supérieures. Cet angle est donné par la différence d'inclinaison de ces deux plans. L'appareil de Schultze permet de déterminer facilement l'inclinaison du plan pubo-spinal. Si donc, A représente l'inclinaison du bassin, B celle du plan pubo-spinal, A-B représentera l'angle de ces 2 plans.

Or, l'appareil de Schultze permet de déterminer l'inclinaison de l'angle pubo-spinal la femme étant debout. Il suffira donc d'ajouter ou de retrancher la quantité A-B au chiffre obtenu pour avoir l'inclinaison du bassin.

R. L.

Rectification naturelle des présentations vicieuses; imitation. (The natural rectification of mal presentations; and its imitation by art), par le Dr A. F. A. King. *Am. Journ. of obst.*, 1889, juin. p. 561.

L'auteur étudie « l'influence de la pression des cuisses sur la « région antéro-latérale de l'abdomen, considérée surtout dans « l'accroupissement, dans la rectification naturelle des présentations « obliques, ou transversales du fœtus ».

Cette étude, dit-il, est nécessairement théorique, vu le petit nombre, 1 sur 250, des présentations transversales. On n'a pas bien étudié le mécanisme de l'accouchement spontané dans l'assoiement, l'agenouillement et l'accroupissement.

Les femmes sauvages prennent plus volontiers que les femmes civilisées la posture accroupie.

Si en s'accroupissant le lecteur place son poing au niveau du ligament de Poupart il le sentira fortement serré entre la cuisse et la paroi abdominale.

C'est cette force que l'auteur propose d'utiliser pour produire une version intra-utérine qui ramènera la tête du fœtus dans l'axe du détroit supérieur.

Ce mémoire, très original, comme tout ce qu'écrit King, mérite d'être lu en entier. Sa critique dépasserait les limites d'une Revue. Il est illustré de nombreuses figures. A. C.

Procédé de Mauriceau-Lachapelle ou procédé de Wigand-Martin. (Mauriceau-Lachapelle oder Wigand-Martin'scher Handgriff ?), par H. EISENHART. *Arch. f. Gyn.*, 1889. Bd XXXVI. Hft 2, p. 300.

La manœuvre, conseillée par Mauriceau, dès 1668, pour l'extraction de la tête dernière, est connue de tout le monde. Celle de Wigand est également connue. Mais, Winckel et Martin, en particulier, y ont apporté quelques modifications. Voici comment la décrit l'auteur ; le trait essentiel du procédé consiste en cela, qu'*il n'est opéré aucune traction sur le tronc.* Le véritable agent de dégagement de la tête, c'est la pression exercée à travers la paroi abdominale sur le fond de l'utérus par l'une des mains de l'opérateur. L'autre main étant dans le vagin, l'opérateur introduit le médius dans la bouche de l'enfant jusqu'à la base de la langue, place le pouce contre le bord inférieur du maxillaire inférieur, de façon à équilibrer la pression exercée par le médius, fait exécuter un léger mouvement de rotation à la tête, autour de son axe transverse. mouvement qui a pour but de rapprocher le menton du thorax, en même temps qu'on le dirige vers le côté, c'est-à-dire, qu'on place le diamètre longitudinal de la tête fœtale suivant le diamètre transversal du bassin.

L'auteur a réuni à la clinique de Munich (service de Winckel), 50 cas où le procédé a été appliqué, abstraction faite de tous ceux où des conditions spéciales (enfants avant-terme, enfants morts et macérés), n'eussent pas permis de se faire un jugement précis sur sa valeur. D'autre part, il a pris une statistique de 50 autres cas, où l'on avait employé la manœuvre de Mauriceau, et pour bien faire ressortir la valeur relative des deux méthodes, il a mis en regard, dans des tableaux, les résultats qu'elles ont fournis : délivrance, état des enfants à la naissance, état des mères, suites de couches. De l'examen des tableaux et de l'analyse des observations, il tire les conclusions suivantes.

1) *L'espoir d'avoir un enfant vivant et viable, est au moins sept fois plus grand, quand on procède à la sortie de la tête dernière par le procédé de Wigand-Martin - Winchel, que lorsqu'on a recours à la manœuvre d'extraction de Mauriceau-Lachapelle.*

2) *Par l'emploi de la première méthode, on met l'enfant complètement à l'abri de plusieurs lésions mortelles, et d'un grand nombre de lésions moins graves; enfin, grâce à elle, on*

peut sûrement éviter d'autres lésions (p. ex. du maxillaire).

3) *Bien appliqué, le procédé de Wigand-Martin n'offre pour la mère aucun danger ; dans le plus grand nombre des cas, les suites de couches ne présentent aucune complication, et elles sont plus rarement troublées par des incidents fâcheux que quand on a employé la manœuvre de Mauriceau.*

R. L.

De l'usage du forceps céphalique pour l'extraction du siège. (Ueber den Gebrauch der Kopfzange zur Beförderung der geburt des Steisses), C. FURST. *Arch. f. Gyn.*, 1890. Bd XXXVII, Hft 2, p. 333.

L'auteur tient à affirmer, avant tout, qu'à son avis le forceps ne doit être employé que d'une manière tout à fait exceptionnelle, pour l'extraction du siège. Rejetant, d'une façon absolue, le crochet mousse, les forceps spécialement fabriqués pour le siège, il donne la préférence au lacs. Néanmoins, dans quelques cas, le forceps céphalique peut être utilisé. Mais, il importe que l'action du forceps soit inférieure à celle de la contraction utérine, le siège doit progresser plus sous l'influence de l'effort utérin que sous celle de l'instrument ; il ne faut tirer que pendant les contractions et avec beaucoup de prudence. Suit la relation d'un cas, dans lequel l'auteur réussit à extraire le siège à l'aide du forceps court de Simpson, après avoir tenté, sans succès, l'abaissement d'un pied, et avoir recouru, inutilement aussi, à des tentatives nombreuses d'extraction. Il s'agissait d'une femme, âgée de 39 ans, VIIpare. Les 6 premiers accouchements, bien que spontanés, avaient été très laborieux. Diamètre conjugué environ de 9 cent. L'enfant, du sexe féminin, mesurait au moment de sa naissance, 56 cent. 1/2.

Suites de couches normales.

R. L.

Présentation du siège. Application du forceps. (Breechpresentation successful delivery with forceps), par N. KING. *Boston med. and surg Journal*, 21 novembre 1889, t. CXXI, p. 512.

Primipare de 22 ans, au huitième mois : les membranes étaient rompues, le col dilaté et le siège engagé quand l'auteur est appelé : le siège arrive assez rapidement sous la symphyse, mais à ce moment les contractions utérines cessent totalement. L'opérateur fait alors une application de forceps plaçant une branche sur le sacrum, l'autre sur la face postérieure des cuisses et par des tractions lentes et modérées dégage le siège en vingt minutes environ.

Deuxième application de forceps sur la tête dernière : cette manœuvre amène une déchirure du périnée allant jusqu'au sphincter anal ; l'enfant qui était en état de mort apparente est revenu à la vie ; la mère a guéri.

P. Noguès.

Rétention d'urine du fœtus, dystocie. (Geburtshindernifs, bedingt durch die excessiv erweiterte Harnblase des Fœtus, par Silbermann. *Wien med.Presse*, 1890, n° 9, p. 332.

L'auteur a été appelé, le 3 novembre dernier, auprès d'une primipare de 18 ans qui en était au 7e mois de sa grossesse et depuis 24 heures avait des douleurs toutes les 15 minutes. Le travail n'avançait pas, quoique la tête fût bien engagée. Finalement, la tête est sortie, mais il a été impossible de faire passer les épaules. Alors Silbermann, assisté par Getzlinger, incisa l'abdomen du fœtus, car cette région, trop volumineuse, était la cause de la dystocie. Il s'écoula en abondance un liquide jaune et quelques tractions firent venir l'enfant. L'accouchée a eu, par atonie utérine, une hémorrhagie grave, mais le massage, les injections vaginales et l'ergotine en ont eu raison. L'autopsie a montré une vessie « en dégénérescence kystique, remplie de liquide urineux » remplissant l'abdomen. L'auteur admet « une maladie fœtale». Mais on regrettera l'absence de tout détail anatomique permettant de comprendre de quoi il s'agit.

A. B.

La vraie méthode d'application du forceps. (*The proper method of applying the obstetric forceps*), par H. D. Frey, de Washington. *Amer. J. of Obst.*, décembre 1890, p. 1325.

51 0/0 des opérateurs appliquent les branches de l'instrument sur le diamètre transversal de la tête, 35 sur les côtés du bassin, 11 font l'application, tantôt d'une façon, tantôt de l'autre.

L'auteur prend parti pour les premiers et pour lui, : « le grand « avantage du forceps de Tarnier est dû à ce que la traction étant « indépendante de la pression exercée sur les manches ; la tête « est libre d'accomplir les mouvements de flexion et d'extension ».

Conclusions. — 1° Anesthésier la parturiente, et la placer en travers du lit.

2° S'assurer exactement de la position de la tête.

3° Appliquer le forceps de Hodge sur les côtés de la tête, la courbure de l'instrument étant dirigée vers l'occiput. Si cela ne se peut

pas, appliquer le forceps de Simpson sur les côtés du bassin, surveiller et favoriser la rotation antérieure de l'occiput.

4° Prendre des précautions antiseptiques minutieuses.

A. C.

Emploi du forceps. (*The use of the obstetric forceps*), par T. E. TAYLOR. *Am J. of. Obst.*, septembre, 1890, p. 947.

Les indications admises presque par tous les auteurs sont : la rigidité périnéale, la faiblesse des contractions, un excès modéré de volume de la tête par rapport au bassin, les convulsions, la faiblesse du cœur de la mère ou tout autre état qui la met en danger, le prolapsus funiculaire, le placenta prævia, l'affaiblissement des battements cardiaques du fœtus.

Taylor compare les statistiques des différents *masters* du Rotanda de Dublin. Clark, de 1786 à 1793, sur 10387 accouchements, n'appliqua le forcep que 14 fois, et le perforateur 49 fois. Collair de 1826 à 1833, sur 16654 accouchements appliqua le forceps 24 fois et le perforateur 118 fois. Johnston, entre 1868 et 1875, sur 8052 accouchements, employa le forceps 762 fois, et le perforateur 34 fois ; dans la dernière année de sa direction, il fit 113 applications de forceps ct sauva ainsi 103 mères et 102 enfants ; il ne fit la crâniotomie que 5 fois.

Taylor est nettement partisan de l'application du forceps de bonne heure ; la prolongation du 2e temps de l'accouchement (temps d'expulsion d'après les auteurs anglais, ce temps comprend les 4 derniers temps de notre classification) met fréquemment la mère en danger.

En appliquant de bonne heure le forceps, nous lui épargnons de longues souffrances, et la statistique prouve que nous sauvons beaucoup d'enfants.

Taylor attribue la plupart des accidents qui se sont produits pendant l'application du forceps, à ce qu'on a opéré tard ou sans observer les règles et les précautions nécessaires. Dans l'application au détroit supérieur, il recommande de retirer l'instrument, lorsqu'on a amené la tête dans l'excavation ; la tête, irrégulièrement saisie par le forceps, ne peut pas subir son mouvement de rotation interne. S'il est nécessaire, on replace le forceps pour achever l'extraction.

L'auteur n'emploie guère le chloroforme que lorsqu'il commence les tractions, et ne croit pas nécessaire, en général, de pousser l'anesthésie jusqu'au relâchement complet.

Il croit que dans un bon nombre des cas où la paralysie du fœtus a été attribuée au forceps, elle est plutôt due à ce qu'on a trop attendu.

A. C.

Observations sur l'usage des forceps à tractions suivant l'axe. (Erfährungen über die Anwendung der Achsenzugzange). NAGEL. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd XXIX, Hft 2, p. 197.

I

L'auteur étudie, en se basant sur un usage personnel de ces instruments, la valeur des forceps à tractions suivant l'axe, soit qu'il s'agisse d'extraire une tête au détroit inférieur ou près de ce détroit, ou bien qu'on ait affaire à des têtes restées élevées. C'est d'ailleurs cette seconde catégorie de faits qu'il vise particulièrement dans son travail.

A. *Têtes au détroit inférieur ou dans son voisinage.* — Dans ces cas, les forceps à tractions axiles n'ont pas d'avantages décisif sur les forceps ordinaires (celui de Naegelé, p. ex.)

La tête étant placée suivant le diamètre antéro-postérieur, les deux conditions reprises par Tarnier : *a*) parallélisme du grand axe des cuillers avec le grand diamètre de la tête fœtale; *b*) direction des tractions suivant l'axe, sont à la vérité facilement réalisées. Mais, dans cette position favorable de l'extrémité céphalique, *profondément engagée*, l'opérateur, un peu adroit, se tire aussi aisément d'affaire avec le forceps ordinaire.

La tête, et c'est le cas le plus fréquent, étant obliquement placée, il est impossible de satisfaire à la fois aux deux conditions susdites. Il faut choisir : tirer suivant l'axe, et alors, faire une application de forceps non régulière, ou bien faire une application oblique, c'est-à-dire régulière, mais renoncer à tirer exactement suivant l'axe. En ces conditions, il importe peu d'avoir dans les mains le forceps ordinaire (celui de Naegelé, p. ex), ou des forceps à tractions axiles.

N. B. La plupart du temps, le médecin est appelé tardivement. Déjà la contraction utérine rend à peu près négatifs les résultats du palper abdominal, la bosse séro-sanguine masque les sutures et empêche de déterminer d'une façon précise la position de la tête fœtale, *il faut renoncer à faire une application oblique, et l'on doit appliquer le forceps suivant le diamètre transverse.* Sur

28 cas, 21 fois l'auteur appliqua le forceps suivant le diamètre transverse, par suite de l'impossibilité où il avait été de faire un diagnostic précis (1).

II

Toutefois, la tête étant profondément engagée, il est vrai que l'usage du forceps à tractions axiles, ne crée aucun danger de plus pour la mère et pour l'enfant, que le forceps ordinaire. Rien, dans ces conditions spéciales, n'a été relevé qui milite contre l'emploi du premier. Et, *si l'expérience enseigne qu'on doit s'en servir dans les cas difficiles, mieux vaut l'employer dans tous les cas, ainsi que le conseille Simpson, afin de se familiariser le plus possible avec l'instrument, et d'en retirer le plus grand bénéfice possible quand on va se heurter à de sérieuses difficultés.* En réalité, le gros intérêt de ces forceps à tractions suivant l'axe, réside surtout dans les qualités qu'ils possèdent lorsqu'il s'agit d'extraire des têtes élevées.

Leur raison d'être est liée à la façon dont ils ce comportent dans ces cas.

III

B. *Application des forceps, la tête restant élevée,* « c'est-à-dire, quand la tête a dépassé le détroit supérieur d'une petite portion ou qu'elle s'y est engagée jusqu'à moitié de sa circonférence, et qu'on arrive aisément en arrière de la tête sur le promontoire. Dans ces conditions, il est possible d'explorer toute l'excavation. Souvent, et en particulier quand l'occiput est fortement abaissé, la partie fœtale engagée fait l'effet d'un tampon pointant dans l'excavation et accessible sur toutes ses faces. D'autre part, jamais l'auteur n'a appliqué le forceps sur la tête restée nettement *mobile* au-dessus du détroit supérieur. De plus, *quand il l'a appliqué sur la tête restée élevée, non mobile, l'application a toujours été faite suivant le diamètre transverse du bassin.*

(1) Sans doute, se sont là des difficultés que l'on constate chaque jour dans la pratique. Mais, quand on a introduit la main entière, dans le vagin, précaution si importante d'ailleurs pour rendre l'application inoffensive, il devient aisé, dans la plupart des cas, de faire ce diagnostic, et, par suite, rationnel de chercher une prise régulière de la tête fœtale.

Dans ces conditions, il a fait 26 applications de forceps, 12 avec le forceps ordinaire ; les autres avec des forceps à tractions suivant l'axe. Les 12 premiers cas sont résumés dans un tableau, les autres sont relatés en détail.

Indications. — 21 fois l'*indication* a été fournie par la mère (élévation persistante de la température, distension du segment inférieur, 1 fois hématurie et écoulement sanguin prolongé par le vagin). Quant au moment le plus propice pour intervenir, il est difficile de le bien déterminer. Et cependant, il importe beaucoup d'intervenir à propos. Car, l'extraction avec le forceps d'une tête restée élevée, même avec le forceps à tractions axiles est, toujours, une opération sérieuse au cours de laquelle la mère risque de subir des lésions considérables. D'où il résulte, qu'il convient d'intervenir à un moment où la femme n'est pas encore en danger. *Attendre trop longtemps, c'est perdre le droit d'exposer la mère à une opération grave dont l'issue, quant au salut de l'enfant, est devenue très problématique.*

5 fois l'*indication* fut fournie par l'état de l'*enfant*. Plus encore pour l'enfant, il importe d'intervenir à propos. Si l'on attend trop, l'enfant a déjà trop souffert et il survit rarement à une opération aussi grave. D'autre part, si l'on intervient trop tôt, on risque de faire courir à l'enfant des dangers sérieux, sous prétexte de le soustraire à des périls purement imaginaires.

IV

Résultats : A) Mères. Un cas de mort. La femme était déjà en travail depuis 30 heures, quand l'auteur fut appelé. Elle présentait des phénomènes fébriles : T. 38° ; P. 115. L'application de forceps (forceps de Simpson avec appareil de tractions) se compliqua d'une déchirure de 5 centim. intéressant surtout le vagin. Le 2e jour, T. 40°,5, P. 150-160. *Mort* le 8e jour, causée vraisemblablement par un processus infectieux. Il ne faut pas, en effet, dans ce cas, se hâter d'incriminer le forceps sans toutefois oublier que les lésions qu'il peut produire dans ces interventions difficiles, sont au moins de nature à favoriser la pénétration des germes infectieux.

15 fois, suites de couches tout à fait normales.

7 fois, hyperthermie légère durant les 3 premiers jours.

1 fois, au 9e jour, apparut de l'incontinence d'urine, qui alla d'ailleurs en s'améliorant.

2 fois, rétention d'urine qui nécessita le cathétérisme.

B) Enfants. 15 vivants, dont 9 présentèrent des lésions plus ou moins accusées. Dans un cas, la lésion fut si grave (fracture de l'os frontal droit), que l'enfant mourut le lendemain. Chez 4, dépressions plus ou moins profondes du frontal ; dans un cas, paralysie faciale et ecchymose sous-conjonctivale. Chez deux enfants, survint le lendemain de l'opacité de la cornée de l'un des yeux, lequel avait été contusionné par la cuiller du forceps. 2 autres enfants, eurent de la paralysie faciale. De 4 *mort-nés*, qui n'avaient pas subi la perforation, 2 présentaient des fractures du crâne.

14 *enfants furent extraits avec le forceps de Simpson à tractions axiles*, 8 d'entre eux, dont 3 morts, offraient des lésions plus ou moins graves. Il convient, toutefois, de faire remarquer que déjà au moment de l'intervention, les conditions étaient telles qu'on avait agité sérieusement la question de l'opportunité de la perforation.

La *perforation* fut pratiquée 6 fois, après les tentatives inutiles faites avec le forceps : 1 fois avec le forceps Tarnier, 5 fois avec le forceps ordinaire.

L'auteur exprime l'opinion que s'il avait, alors, déployé une force égale à celle qu'il obtient maintenant avec le forceps de Sipmson, il eût certainement réussi à extraire plusieurs de ses enfants, sans devoir recourir à la perforation.

N. B. — Le forceps de Simpson, à tractions axiles, dérapa 2 fois.

V.

En résumé, les forceps à tractions suivant l'axe (c'est à celui de Simpson que l'auteur donne la préférence) (1) permettent d'extraire les têtes restées élevées plus facilement qu'avec le forceps ordinaire. Et cela, bien plus en raison de la force qu'ils permettent de déployer qu'au sens dans lequel se font les tractions. Les lésions constatées maintes fois sur la tête fœtale, témoignent clairement

(1) Barnes dit à ce sujet : « Nous avons appliqué celui de Simpson, que l'auteur a allongé sur notre conseil, et nous avons trouvé qu'il fonctionne bien, mais nous ne lui trouvons aucun avantage sur le dernier modèle Tarnier ». *Traité d'obst. méd. et chir.* R. et F. Barnes. *Trad. Franc.* par Cordes, 1886, p. 779.

du degré de puissance déployée. Là, précisement, réside le danger de ces instruments quand ils sont maniés par des mains maladroites. D'ailleurs, quand les efforts naturels viennent à bout de semblables difficultés, ce n'est que grâce à la mise en jeu d'une force *à tergo*, considérable. Il importe, aussi, de se conformer à la vieille règle de pratique : ne pas tirer par secousses, mais soutenir et augmenter graduellement l'énergie de la traction.

Si les mères, ajoute l'auteur, dans les cas où le forceps de Simpson fut appliqué, ont si peu souffert, malgré des tractions puissantes, c'est que ce forceps supprime, condition capitale, tous mouvements de pendule (1) et qu'il agit, exclusivement, comme appareil, et excellent, de traction.

R. L.

II. — PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE

Grossesse compliquée du goitre de Basedow. Décollement prématuré du placenta, inséré normalement. (Schwangerschaft mit Morbus Basedowii. Vorzeitige Losung der normal sitzenden Placenta) HABERLIN. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 26, p. 457.

Depuis plusieurs mois déjà, la femme dont il s'agit présentait une série de troubles, principalement de nature nerveuse; anorexie, amaigrissement, frissonnements, affaiblissement, palpitations cardiaques, boule hystérique. Mais, peu après la conception, à ces symptômes, se surajoutèrent ceux de la maladie de Basedow, tachycardie, exophtalmie, hypertrophie du corps thyroïde, qui allèrent en s'accusant à mesure que la grossesse avançait. La femme fut également sujette à des vomissements fréquents et à des épistaxis. Au cours du 7e mois, elle fit une chute qui fut suivie d'une hémorrhagie légère, qui céda au repos. Mais, au commen-

(1) On sait le désaccord qui existe au sujet de ces mouvements. En France, ils sont loin d'être aussi sévèrement proscrits. Le prof. Pajot les juge de la façon suivante : « De plus qu'avec votre instrument, mon forceps exécutera les petits mouvements de latéralité contre lesquels les déclamations absurdes n'ont pas manqué. Ils ont trouvé contre eux les tracteurs pour détracteurs, mais ils n'en sont pas moins inoffensifs et des plus efficaces dans les mains d'un homme prudent. Smellie, Levret, Baudelocque, Dubois, les employaient, etc. ». *Ann. de gynécol.*, 1877., t. VII, p. 331.

cement du 8e mois, sans cause apparente, nouvelle hémorrhagie, abondante, qui nécessita le tamponnement, qu'on répéta plusieurs jours de suite. Le 7e jour après le début de cette hémorrhagie, le col étant suffisamment dilaté, on procéda à l'extraction de l'enfant dont la mort avait été reconnue depuis plusieurs jours déjà. Le placenta fut trouvé absolument décollé. Aucunes traces de syphilis ou d'albuminurie. Suites de couches normales, et rétrocession rapide, *après l'accouchement*, des symptômes du goitre exophtalmique.

L'auteur rapporte l'accouchement prématuré, le décollement du placenta, et la mort du fœtus à la maladie de Basedow, et il rappelle une observation analogue de Benicke : chez une femme atteinte de cette affection, le placenta, normalement inséré, se décolla à la 36e semaine, sans que des contractions utérines se fussent montrées.

Conclusions. — Il est improbable qu'une femme atteinte de goître exophtalmique et enceinte mène à terme sa grossesse et mette au monde un enfant vivant; d'autre part, la possibilité du décollement prématuré du placenta l'expose à des hémorrhagies de nature à mettre sa vie en péril, enfin, la grossesse influe défavorablement sur la maladie qu'elle empire, l'évacuation au contraire de l'utérus la fait rétrocéder; en ces conditions, on est en droit d'agiter la question de l'accouchement prématuré.

R. L.

Les vomissements incessants comme indication de l'accouchement prématuré (**Hyperemesis gravidarum as an indication for the induction of premature labour**), par J. H. FRUITNIHGT, de New-York. *Am. J. of Obst.*, décembre 1890, p. 1331.

L'auteur est partisan de la provocation du travail, qu'il retarde autant que faire se peut, jusqu'à l'époque où le fœtus est viable.

A. G.

Du passage des organismes microscopiques du typhus de la mère au fœtus (Ueber dem Ubergang der mikroskopische organismen des Tiphus von dem Mutter zum Fötus), J. GIGLIO. *Cent. f. Gyn.*, 1890, no 46, p. 819.

Reher, Neuhaus, Chantemesse et Vidal ont publié des expériences au cours desquelles ils avaient constaté la présence de bactéries typhiques dans le sang de fœtus provenant de femmes atteintes de fièvre typhoïde. Mais Eberth lui-même avait contesté l'exactitude

des résultats annoncés. Plus tard, il est vrai, dans un travail nouveau, il en avait reconnu la justesse, tout en insistant sur les nombreuses causes d'erreur dont est passible l'expérimentation. C'est en raison des divergences qui existent encore sur ce point, que Giglio, utilisant un cas de sa pratique, a institué une série, complète peut-on dire, d'expériences, se contrôlant les unes par les autres, et qu'il s'est efforcé de trancher définitivement la question encore en litige. Une femme (de Palerme), au second mois d'une grossesse, jusque-là troublée par de l'anorexie, du ptyalisme, des vomissements rebelles, fait une fièvre infectieuse qui oscille entre 38°,5 et 40°,5. Sauf une légère tuméfaction des seins, accompagnée de météorisme et de constipation, pas la moindre localisation morbide. Simultanément, dans le même quartier et dans la même maison, plusieurs femmes sont atteintes de la même fièvre infectieuse. Or, au 3e mois de sa grossesse, plus exactement 31 jours après le début de la maladie, la 1re femme présente une hémorrhagie génitale, qui résiste à tous les moyens et qui aboutit le 15e jour à l'expulsion prématurée de l'œuf. Après l'avortement, la fièvre infectieuse continue son évolution.

Ce sont les différents éléments de cet œuf abortif que Giglio a utilisés pour ces expériences. Le petit fœtus ne présentait aucune trace de putréfaction et le placenta, sauf quelques foyers apoplectiques, paraissait normal.

L'*examen microscopique du sang et des viscères du fœtus* ne révéla aucune sorte d'organisme. Par contre, des *cultures* faites dans de la gélatine avec du sang du fœtus et des fragments de viscères, fournirent dans le 1er cas un bacille long de 2-3 μ, épais du 1/3 de la longueur; dans le second, un bacille 2 fois plus long et un peu moins épais, mais se colorant à peu près également tous les deux avec la fuchisne et le bleu de méthylène. L'auteur multiplia ensuite ses expériences, ensemençant de la gélatine sur plaque, de l'agar-agar, du bouillon de viande. Puis il fit des cultures comparatives avec le bacille dérivé du fœtus et avec le bacille de l'iléo-typhus ; cultures sur la gélatine simple, la gélatine colorée, dans le bouillon de viande simple, coloré, dans le lait préalablement stérilisé, et sur pommes de terre.

L'*examen microscopique du placenta* permit de constater sur quelques préparations, dans les espaces intervilleux, parmi les globules rouges, un bacille semblable à celui trouvé dans les cul-

tures. D'autre part, l'auteur inocula des lapins et des cobayes, les uns avec des bacilles provenant du fœtus, les autres avec des bacilles de fièvre typhoïde, etc., etc Et, *des résultats concordants obtenus de toutes ces expériences, il conclut que le bacille qu'il a obtenu du fœtus et qu'il a cultivé est bien le bacille typhique.*

R. L.

Contribution à l'étude du passage des micro-organismes pathogènes de la mère au fœtus (Beitrag zur Lehre von dem Uebergang pathogener Mikroorganismen von Mutter auf Fötus), M. Simon. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.* 1889, Bd XVII, Hft 1, p. 126.

Les conclusions de l'auteur sont déduites des résultats fournis par l'examen de nombreux placentas et fœtus, provenant de lapines pleines, inoculées avec du sang de rate, et ayant succombé à l'infection charbonneuse.

1° *Dans le cas de durée remarquablement courte de la maladie :*

Placenta maternel contient des bacilles ; placenta fœtal ; membranes, liquide amniotique, fœtus libres de bacilles.

2° *Durée moyenne de la maladie :*

Placenta maternel semé de très nombreux bacilles, tissu fœtal contenant plus ou moins de bacilles, liquide amniotique, surface externe du fœtus pourvus de nombreux bacilles ; fœtus libre de bacilles.

3°. *Durée anormalement longue de la maladie :*

Même état que dans le 2e cas ; de plus, l'examen microscopique aussi bien que les cultures montrent que le fœtus lui-même contient des bacilles.

Il y aurait néanmoins exagération à vouloir subordonner la transmission des germes pathogènes de la mère au fœtus, exclusivement à la durée de la maladie de la mère. Il n'est pas douteux que cette transmission est encore influencée par des facteurs multiples : force de résistance plus ou moins grande des tissus maternel et fœtal, degré de virulence du germe pathogène, participation éventuelle des leucocytes, et probablement d'autres circonstances restées encore ignorées.

R. L.

BIBLIOGRAPHIE

Éléments d'embryologie de l'homme et des vertébrés. Livre premier. *Embryogénie,* par A. PRENANT, préface de M. DUVAL. Paris, Steinheil, 1891.

A une époque où une science évolue, il est bon que de temps à autre paraisse un livre qui fixe l'état de nos connaissances sur la question. A ce titre, l'ouvrage que vient de publier M. Prenant est des plus intéressants. Les études embryologiques ont fait dans ces dernières années d'immenses progrès et tous les traités que nous possédons sont aujourd'hui démodés. Un exposé clair et précis des faits, une appréciation raisonnée des théories assurent le succès à ce volume qui ne se borne pas à l'histoire des formations successives que présente tel ou tel animal, mais qui donne sur chaque point l'étude comparative et philosophique des processus formateurs dans toute la série des êtres. Une description complète des annexes de l'embryon et en particulier du placenta termine cet ouvrage, dont la lecture est facilitée par de nombreuses planches absolument nécessaires pour éclairer les descriptions.

Traité clinique des maladies des femmes, par LAWSON TAIT, traduit par A. BÉTRIX. Paris, Steinheil, 1891.

M. Steinheil continue à publier, d'une manière régulière, la traduction de tous les ouvrages importants qui se publient à l'étranger sur la gynécologie; aujourd'hui c'est le traité récent de L. Tait qu'il nous offre. Tout le monde connaît la grande pratique de l'auteur, dont la part a été si grande dans la révolution qui s'est faite en gynécologie depuis dix ans. Comme le dit Tait, « le temps n'est plus où le traitement des affections pelviennes était l'apanage exclusif des accoucheurs. La gynécologie et l'obstétrique ont désormais leurs voies bien séparées, et de cette division du travail sont résultés des progrès immenses pour chacune des deux sciences ». C'est à résumer aussi succinctement que possible les résultats de son expérience personnelle et à préciser la part qu'il a prise au mouvement chirurgical actuel, que s'est attaché Tait dans cet ouvrage.

Le gérant: G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Mars 1891

TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE DANS LE TRAITEMENT DES SUPPURATIONS PÉRI-UTÉRINES (1)

Par M. **Paul Segond**, agrégé de la Faculté, chirurgien de la Maison municipale de santé.

Dans ce travail, je me propose d'appeler votre attention sur la valeur de l'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations péri-utérines. Sans doute, la question de thérapeutique chirurgicale que je soulève ici serait susceptible d'être envisagée d'une manière plus générale. En effet, les suppurations péri-utérines ne sont pas seules justiciables de ce mode d'intervention. Toutes les affections inflammatoires des trompes et des ovaires, traitées jusqu'ici par exérèse se trouvent dans des conditions analogues et, par conséquent, pour donner à ce travail toute la portée qu'il comporte, je devrais étudier la valeur de l'hystérectomie vaginale avec ou sans ablation des annexes dans le traitement de toutes les phlegmasies péri-utérines pour lesquelles la laparotomie est aujourd'hui considérée comme l'intervention de choix. Mais, si couvaincu que je puisse être, dès maintenant, des avantages que présente l'intervention par voie vaginale dans tous les cas nécessitant l'ablation bilatérale des annexes, je désire, avant de me prononcer, attendre que mes obser-

(1) Communication faite à la *Société de chirurgie*, le 25 février 1891.

vations soient plus nombreuses et, pour l'instant, je me borne au cas particulier des suppurations péri-utérines.

L'opération dont je viens vous entretenir a été, vous le savez, proposée par M. Péan et décrite par lui sous le nom de castration utérine (1). La manière de voir de ce chirurgien peut se résumer en peu de mots : dans tous les cas de suppuration péri-utérine qu'il est aujourd'hui classique de traiter par la laparotomie avec ablation aussi complète que possible des parties malades, M. Péan estime qu'il faut remplacer l'ouverture du ventre par l'hystérectomie vaginale avec ou sans ablation des annexes suivant les cas. D'après lui, ce mode d'intervention auquel il dit avoir eu recours 60 fois sans accidents est moins grave que l'ablation des annexes par laparotomie ; il donne des guérisons plus complètes ; il expose beaucoup moins aux fistulations consécutives ; il permet enfin d'éviter aux opérées tous les inconvénients d'une cicatrice abdominale et l'obligation de porter une ceinture.

Malgré la netteté de ces quelques affirmations, M. Péan n'a pas eu, que je sache, beaucoup d'imitateurs et l'accueil fait parmi nous à son procédé est jusqu'ici resté fort peu encourageant. Seul, M. Terrier a paru concéder que cette manière d'agir pouvait avoir à la rigueur sa raison d'être, mais, M. Terrillon (2) et tout récemment encore M. Pozzi (3) ont nettement exprimé la défiance que leur inspirait la méthode. Pour ma part, j'ai partagé tout d'abord les mêmes appréhensions et, sans doute, j'aurais tardé longtemps à changer d'avis, si diverses circonstances ne m'avaient permis de voir M. Péan opérer et guérir un malade dans des conditions bien faites, m'a-t-il semblé, pour entraîner la conviction. Il s'agissait d'une femme de 35 ans environ, con-

(1) PÉAN. Comptes rendus du congrès de Berlin. *Bull. de l'Acad. de médecine*, 1890, p. 9. *Bull. médical*, 1890, p. 633. Leçon publiée par M. AUDOIN.

(2) TERRILLON. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1890, p. 500.

(3) POZZI. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1890, p. 790.

damnée au lit depuis plusieurs mois par une suppuration pelvienne des plus graves. L'utérus très élevé et solidement immobilisé par des adhérences était repoussé à droite par une vaste collection purulente qui bombait un peu dans le cul-de-sac latéral gauche et dont les limites supérieures remontaient à 4 travers de doigt au-dessus du pli de l'aine. Les annexes droites étaient, de leur côté, envahies par la suppuration. Enfin, par le toucher rectal on constatait l'existence d'un plastron très dur et très étendu qui altérait les adhérences les plus intimes entre les foyers suppuratifs et la paroi intestinale. En un mot, cette malade se présentait dans des conditions telles que la laparotomie eût été chez elle très laborieuse et très grave. Il est même probable qu'on n'aurait pu pratiquer l'ablation des parties malades sans déchirer l'intestin et qu'on aurait dû se contenter d'une ablation incomplète avec drainage consécutif. Appelé auprès de cette malade par mon ami le Dr Cheron, avant M. Péan, j'en avais tout au moins jugé ainsi et j'avoue que l'hystérectomie vaginale dans un cas semblable ne me semblait guère praticable. M. Péan m'a démontré le contraire. Je lui ai vu enlever l'utérus par morcellement avec une dextérité dont je me plais à lui rendre hommage. Au cours de cette ablation, toutes les collections purulentes péri-utérines ont été ouvertes sans qu'il ait été fait aucune tentative pour découvrir ou enlever les annexes plongées au milieu des adhérences. Les suites de l'intervention ont été des plus simples et la malade a merveilleusement guéri.

Le fait m'a vivement frappé. Il m'a paru confirmer les affirmations générales de M. Péan sur les avantages de son procédé et c'est ainsi que j'ai résolu de le mettre moi-même à l'épreuve. Ce travail de contrôle devait porter non seulement sur le pronostic immédiat de l'intervention, mais surtout sur la qualité de son pronostic tardif. On pourrait m'accuser d'en précipiter un peu trop la communication, mais j'espère éviter en partie cette critique, 23 fois déjà j'ai pratiqué l'opération de Péan dans les conditions les plus variées ;

les résultats que j'ai obtenus m'ont paru significatifs ; j'ai pu étudier de très près le manuel opératoire de cette opération difficile et si le nombre de mes opérations ne me permet pas encore des conclusions formelles, il m'autorise tout au moins à vous communiquer mes impressions premières sur une méthode thérapeutique dont la grande valeur ne me paraît pas contestable.

Mes 23 observations se répartissent de la manière suivante :

Obs. I. — Double pyosalpingite suppurée. Hystérectomie vaginale totale avec ablation complète des annexes. Guérison. (Jeune femme de 24 ans, opérée le 9 août 1890, dans mon service de la Maison de santé.)

Obs. II. — Double pyosalpingite et pelvi-péritonite suppurée. Hystérectomie vaginale totale avec simple ouverture des foyers péri-utérins sans ablation des annexes. Guérison. (Femme de 39 ans, opérée le 23 août 1890, dans mon service de la Maison de santé.)

Obs. III. — Double hémato-salpingite avec foyer purulent à gauche. Hystérectomie vaginale totale avec ablation des annexes gauches et simple évacuation de la collection droite. Guérison. (Femme de 29 ans, opérée le 23 août 1890, dans mon service de la maison de santé.)

Obs. IV. — Salpingite catarrhale bilatérale avec altération scléro-kystique des deux ovaires. Hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes. Guérison. (Femme de 30 ans, opérée le 29 septembre 1890, dans mon service de la Maison de santé.)

Obs. V. — Ovaro-salpingite double, non suppurée avec altération scléro-kystique des deux ovaires et rétroflexion adhérente. Hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes. Guérison. (Femme de 36 ans, opérée le 15 octobre 1890, dans mon service de la Maison de santé.)

Obs. VI. — Double pyosalpingite. Hystérectomie vaginale totale avec ablation des annexes gauches et simple ouverture de la collection purulente dépendant des annexes droites. Guérison. (Femme de 24 ans, opérée le 15 octobre 1890, dans le service du professeur Pinard.)

Obs. VII. — Double pyosalpingite avec pelvi-péritonite suppurée

très grave. Hystérectomie vaginale avec simple ouverture des nombreuses collections purulentes enclavant l'utérus sans ablation des annexes perdues au milieu du pus et des fausses membranes. (Femme de 30 ans, opérée le 17 octobre 1890, chez les sœurs Augustines de la rue de la Santé.)

Obs. VIII. — Rétroflexion adhérente avec altération scléro-kystique des deux ovaires s'accompagnant de phénomènes douloureux très intenses et de troubles hystériques variés. Hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes, guérison. (Me X., 34 ans, opérée le 21 octobre 1890, chez les sœurs Augustines de la rue de la Santé.)

Obs. IX. — Suppuration pelvienne datant de plusieurs années. Les lésions sont bilatérales et les collections purulentes se sont plusieurs fois vidées dans le rectum. Hystérectomie vaginale sans ablation des annexes avec simple ouverture des clapiers péri-utérins, guérison. (Femme de 35 ans, opérée à Nantes, le 12 septembre 1890, en présence de mes amis les Drs Poisson, Bertin et Larabric. Au cours de l'opération j'ai agrandi l'orifice fistuleux qui existait déjà entre le rectum et l'un des clapiers péri-utérins. Mon ami M. Poisson m'a dit en janvier 1891 que l'opérée était en parfait état de santé, mais que sa fistule recto-vaginale n'était pas encore tout à fait cicatrisée.)

Obs. X. — Double pyosalpingite. Hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes. Guérison. (Femme de 30 ans, opérée le 22 octobre 1890, dans le service du professeur Pinard.)

Obs. XI. — Salpingite catarrhale avec altération scléro- kystique des deux ovaires. Phénomènes douloureux intenses et troubles nerveux généraux variés. Hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes. Guérison. (Mme X., 35 ans, opérée le 29 octobre 1890, dans le service du professeur Pinard.)

Obs. XII. — Pelvi-péritonite suppurée ancienne. Collections péri-utérines très volumineuses. L'une d'elles a été incisée antérieurement au niveau de la région inguinale gauche. Hystérectomie vaginale avec simple ouverture des collections péri-utérines. Mort au bout de 48 heures. (Mme X., 39 ans, opérée le 30 octobre 1890, chez les sœurs Augustines de la rue de la Santé avec l'assistance de mon ami le Dr Ribemont.)

Obs. XIII. — Pyosalpingite double avec pelvi-péritonite et collections purulentes péri-utérines très volumineuses. Hystérecto-

mie vaginale avec simple ouverture des collections purulentes péri-utérines. Les difficultés de l'intervention obligent à laisser en place le fond de l'utérus. Continuation des accidents et mort le 15e jour de phénomènes septiques. (Femme de 34 ans, opérée le 7 novembre 1890, dans le service du professeur Pinard.)

Obs. XIV. — Pyosalpingite double, tuberculeuse. Hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes. Mort de péritonite le 3e jour. (Femme de 22 ans, opérée le 15 novembre, dans mon service de la Maison de santé.)

Obs. XV. — Salpingite catarrhale avec altération scléro-kystique des deux ovaires. Hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes. Guérison. (Femme de 29 ans, opérée le 22 novembre 1890, dans mon service de la Maison de santé.)

Obs. XVI. — Pyosalpingite double. Hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes. Guérison. (Femme de 30 ans, opérée le 3 décembre 1890, dans le service du professeur Pinard.)

Obs. XVII. — Suppuration pelvienne antérieurement traitée par laparotomie et ablation bilatérale des annexes. Récidive et formation de nouvelles collections purulentes péri-utérines. Hystérectomie vaginale. Guérison. (Femme de 35 ans, opérée le 6 décembre 1890, dans mon service de la Maison de santé.)

Obs. XVIII. — Altération scléro-kystique des deux ovaires. Rétroflexion adhérente et kyste séreux de la face postérieure de la vessie. Hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes et du kyste vésical. Guérison. (Femme de 30 ans, opérée le 13 décembre 1890, dans mon service de la Maison de santé.)

Obs. XIX. — Double pyo-salpingite avec pelvi-péritonite suppurée. Hystérectomie vaginale sans ablation des annexes avec simple ouverture des collections purulentes péri-utérines. Mort le 3e jour. Femme de 29 ans, opérée le 15 décembre 1890, dans le service de mon ami le Dr Schwartz.)

Obs. XX. — Collection purulente rétro-utérine volumineuse et fibromes interstitiels multiples et formant avec l'utérus une masse remontant jusqu'à l'ombilic. Évacuation de la collection purulente. Ablation des fibromes par morcellement. Hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes. Guérison. (Femme de 50 ans, opérée à Nantes, le 18 décembre 1890.)

Obs. XXI. — Double salpingite interstitielle avec altération scléro-kystique des deux ovaires. Hystérectomie vaginale avec

ablation complète des annexes. Guérison. (Femme de 21 ans, opérée le 28 décembre 1890, dans mon service de la Maison de santé.)

Obs. XXII. — Double pyosalpingite. Hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes. Guérison. (Mme X., 40 ans, opérée le 5 janvier 1891, chez les sœurs Augustines de la rue de la Santé. A la chute des eschares dues au pincement il s'est produit une fistule vésico-vaginale qui n'est pas encore cicatrisée le 1er mars.)

Obs XXIII. — Double pyosalpingite. Hystérectomie vaginale avec ablation complète des annexes. Guérison. (Femme de 22 ans, opérée le 14 janvier 1891, dans le service du professeur Pinard.)

Je me contente de cette simple énumération des titres de mes observations et pour ne point surcharger inutilement nos bulletins, je me réserve de publier ultérieurement leur relation détaillée. D'ailleurs plusieurs de ces faits visent des cas d'hystérectomies dirigées contre des phlegmasies péri-utérines non suppurées : telles sont les observations IV, V, VIII, XI, XV, XVIII, XXI. Je me bornerai donc à vous donner quelques détails sur les faits de suppurations péri-utérines proprement dites qui seules nous intéressent aujourd'hui,

Sur mes 23 opérations, j'ai 4 morts (obs. XII, XIII, XIV, XIX). Voici le résumé de ces quatre opérations sur lesquelles je veux d'abord appeler votre attention.

La malade de l'observation XII était une femme énorme et presque polysarcique, mais très affaiblie par des poussées de pelvi-péritonite qui la retenaient au lit depuis plusieurs mois. Son dernier accouchement (le 5e) datait du mois de mars et vers le mois de mai, mon ami M. Ribemont avait dû inciser une collection purulente au niveau de la région inguinale gauche. Lorsque j'ai vu la malade pour la première fois, le 27 octobre, les lésions péri-utérines étaient étendues et graves. Le col utérin, très haut, situé derrière le pubis, était pour ainsi dire inaccessible. Une vaste collection fluctuante dont les limites supérieures avoisinaient l'ombilic, bombait dans le cul-de-sac vaginal postérieur et remplissait la fosse iliaque droite. A gauche de l'utérus on percevait

enfin un volumineux empâtement avec plastron sus-inguinal au sein duquel se perdait la fistule résultant de l'incision antérieurement pratiquée par mon ami le Dr Ribemont. L'élévation de l'utérus, sa fixation absolue et les dimensions excessives de la malade rendaient, on le conçoit, l'intervention très difficile. MM. Terrillon et Nélaton qui assistaient au début de l'opération ont pu en juger. Néanmoins, grâce à l'assistance de M. Ribemont et de mes internes MM. Baudron et Thiercelin, j'ai pu enlever la totalité de l'utérus en 1 heure 1/2 sans aucun accident opératoire. Je dirai même que les résultats immédiats de l'intervention me donnaient toute satisfaction. Les collections péri-utérines étaient largement ouvertes, l'irrigation du foyer opératoire se faisait aisément par l'intermédiaire de la fistule inguinale et l'hémostase était très bien assurée par 10 pinces à demeure. Le lendemain matin tout paraissait aller pour le mieux. Le facies était bon, la malade ne souffrait pas La. température axillaire atteignait à peine 38°. La quantité et la qualité de l'urine étaient normales. Seul le pouls ne s'était pas relevé depuis l'opération. Cet état rassurant n'a pas duré. A deux heures de l'après-midi, la malade s'est brusquement plaint d'une tendance à la syncope. Elle s'est peu à peu refroidie et vers 6 heures du soir elle était morte. L'absence de complication locale et de vomissements, le peu d'élévation de la température m'ont fait attribuer le décès à l'affaiblissement de la malade et au choc opératoire.

La malade de l'observation XIII se présentait dans des conditions analogues. Les dimensions excessives compliquaient singulièrement toute intervention. Son état général était très grave, elle avait la langue sèche, le pouls rapide, une température élevée (39° et 40° tous les soirs) et un peu de subdélirum. Quant aux lésions locales, elles étaient très graves et comme chez la malade de l'observation XII, l'utérus très haut situé et immobile était plongé au milieu de collections purulentes très volumineuses. L'opération a duré 1 heure 1/2 et comme je n'avais pas encore à ma disposition

les très longs écarteurs que j'ai fait construire à M. Collin, pour ces cas exceptionnels, il m'a été impossible d'achever complètement l'ablation. J'ai dû laisser en place le fond de l'utérus. Bien entendu je n'avais par recherché l'ablation des annexes et je m'étais contenté d'ouvrir largement deux volumineuses collections purulentes situées à droite de l'utérus et une collection séro-hématique assez importante de la trompe gauche. Les suites opératoires se sont d'abord montrées rassurantes. La température est tombée et la malade éprouvait un mieux-être très manifeste. Toutefois, je dois noter ici que le 3e jour, le lendemain de l'ablation des pinces, l'issue d'une certaine quantité de matières fécales par le vagin est venue montrer qu'il y avait une déchirure du rectum. Mais ce n'est pas à cette complication opératoire qu'il faut attribuer les accidents mortels qui ont bientôt paru. En effet, vers le 5e jour la température s'est élevée, l'état général est rapidement devenu très mauvais. La sécrétion purulente qui se faisait par le vagin a pris une odeur très fétide, et le 15e jour la malade a succombé dans le délire avec tous les signes d'une double broncho-pneumonie infectieuse.

L'autopsie nous a montré que cette mort devait être attribuée au caractère incomplet de l'intervention. Il n'y avait pas de péritonite, mais au-dessus de la calotte utérine qu'il m'avait été impossible d'extirper, il existait deux collections purulentes à contenu très fétide qui étaient sûrement la cause de la reprise des accidents et des phénomènes infectieux qui ont emporté la malade. Quant à la perforation rectale elle était sans doute mon œuvre, mais je tiens à faire observer qu'elle était peu étendue et qu'elle portait sur une portion de paroi rectale très amincie et baignée par le pus. Il m'a paru certain qu'une perforation spontanée se serait faite à ce niveau en cas de non intervention.

La malade de l'observation XIV est morte de péritonite et j'ai tout lieu de penser qu'il s'est agi de péritonite par perforation. C'était une jeune femme présentant tous les signes d'une endométrite purulente avec double pyo-salpingite.

Malade depuis plusieurs mois elle était déjà très amaigrie et fort affaiblie. Elle présentait, en outre, aux deux sommets des signes de tuberculose au début. L'opération s'est faite sans incident spécial, toutefois les annexes étaient très adhérentes et la trompe du côté gauche avait été particulièrement difficile à extirper, c'est précisément à ce niveau qu'une douleur d'une violence excessive s'est produite le lendemain de l'opération. Puis tous les symptômes d'une péritonite généralisée se sont déclarés et la mort est survenue le 3e jour. L'examen des pièces nous a montré qu'il s'agissait d'une double ovaro-salpingite tuberculeuse et le parenchyme utérin présentait lui-même deux foyers de même nature.

La dernière opérée que j'ai perdue est celle de l'observation XIX et je ne crois pas que ce décès puisse plus que les précédents, compromettre l'avenir de l'opération de Péan. La malade était une jeune femme minée depuis plusieurs semaines par une suppuration pelvienne des plus graves. Son affaiblissement était tel, sa température si élevée et son état général à ce point alarmant que mon collègue, M. Schwartz n'avait pas osé lui pratiquer la laparotomie. Malgré ces conditions si défavorables, j'ai pensé qu'il y avait lieu d'intervenir et M. Schwartz ayant bien voulu me confier ce soin, j'ai pratiqué l'hystérectomie vaginale avec large ouverture des collections purulentes assez volumineuses et très fétides qui entouraient l'utérus. L'opération s'est effectuée sans incidents et très simplement. L'utérus a été pour ainsi dire énucléé des fausses membranes qui l'enclavaient sans que le péritoine ait été ouvert. Aussi bien les suites immédiates de l'opération m'ont-elles paru satisfaisantes. Le lendemain de l'opération la fièvre était en effet tombée, le facies était rassurant et il n'y avait aucune complication locale ; seul l'affaiblissement de la malade restait très grand et c'est lui qui est sans doute coupable de la terminaison fatale. Bien que les moyens d'usage aient été, croyons-nous, employés pour relever les forces de l'opérée, son état général a rapidement décliné. La température est descendue au-dessous

de 37°, le pouls est devenu incomptable et la malade, opérée le 15 décembre, s'est éteinte le 18 à 6 heures du matin.

J'ai tenu à vous donner d'abord la relation de ces quatre morts, mais pour en apprécier la portée, j'espère que vous voudrez bien retenir l'état vraiment désespéré de mes quatre opérées. Sans intervention elles étaient condamnées et pour trois d'entre elles (obs. XII, XIII et XIX), on peut affirmer que la laparotomie eût été mortelle. Je ne crois donc pas que ces quatre insuccès puissent être portés au passif de l'hystérectomie. Tout ce que l'on peut dire c'est qu'elle a été impuissante, mais dans ces 4 cas elle était à tous les titres l'intervention de choix et, qui plus est, l'intervention la moins grave à laquelle on pût songer. La part de mes insuccès étant ainsi faite, je vais insister un instant sur l'histoire des opérées guéries par l'hystérectomie, en faisant bien observer que nombre d'entre elles étaient cependant dans un état des plus graves au moment de l'intervention. Les malades auxquelles je fais allusion se divisent en deux groupes : les unes avaient des lésions suppuratives ovaro-salpingiennes sans doute fort sérieuses, mais de pronostic opératoire bénin. Je veux dire par là que leurs annexes étaient le siège exclusif du mal, qu'elles étaient énucléables sans grande difficulté et que leur ablation par laparotomie faite avec toutes les précautions voulues eut été sûrement suivie de guérison opératoire. Les autres, au contraire, avaient des lésions suppuratives plus graves et plus étendues que la laparotomie n'aurait guéries qu'au prix des plus incontestables dangers. Je m'arrêterai peu sur les malades de la première catégorie (obs. I, III, VI, X, XII et XIII). Chez ces malades comme pour les 7 femmes que j'ai hystérectomisées pour des lésions non suppuratives des annexes (obs. IV, V, VIII, IX, XV, XVIII, XXI), les indications étaient fort nettes, l'intervention s'est faite sans difficultés sérieuses et sans autres complications opératoires, que deux perforations vésicales dont je parlerai plus loin (obs. V et XXII). Enfin, sauf deux cas dans lesquels j'ai simplement

ouvert les collections purulentes salpingiennes sans ablation des annexes correspondantes (obs. III et VI), j'ai toujours pratiqué l'ablation totale de l'utérus, des trompes et des ovaires. Dans tous ces cas les suites opératoires ont été simples et la guérison parfaite. Il est donc inutile que j'abuse de votre attention en insistant sur l'histoire clinique de ces malades. Je vous prie simplement de vous souvenir que chez elles, l'ablation de l'utérus a présenté un pronostic opératoire aussi bénin que celui des laparotomies les mieux conduites et je me réserve de vous dire plus tard combien leur guérison est plus sûre et plus définitive que si elles avaient subi l'ablation des annexes par laparotomie.

Les six malades dont il me reste à vous parler (obs. II, VII, IX, XVI, XVII et XX) me retiendront davantage. Elles sont dans la catégorie des grandes malades et leurs observations me semblent démontrer très nettement la supériorité de l'opération que je viens défendre devant vous. La malade de l'observation II est une femme de 39 ans, entrée le 7 août dernier dans mon service de la maison Dubois avec tous les signes d'une pelvi-péritonite suppurée : utérus haut situé et enclavé au milieu des fausses membranes; collections purulentes faisant saillie dans les deux culs-de-sac latéraux aussi bien que dans le postérieur; ventre ballonné et douloureux; température élevée; anorexie complète et dépression considérable des forces. Des symptômes d'ovaro-salpingite avaient plusieurs fois condamné la malade au repos depuis l'âge de 26 ans. Mais c'est depuis quatre mois seulement que les lésions suppuratives s'étaient étendues et que les symptômes locaux et généraux étaient devenus très alarmants. Sans intervention, cette malade aurait certainement succombé et je ne crois rien exagérer en affirmant que chez elle la laparotomie eût été très grave. Le petit bassin était, en effet, rempli de pus, les fausses membranes épaisses, les adhérences intestinales nombreuses et l'ablation des parties malades par laparotomie eût été très laborieuse et peut-être impossible.

J'ai pratiqué l'hystérectomie vaginale dans ces conditions

défavorables. L'opération a duré 55 minutes, deux vastes collections purulentes à contenu très fétide ont été évacuées au cours de l'intervention et j'ai dû laisser en place le fond de l'utérus après m'être assuré que le morcellement avait atteint les limites supérieures de la cavité. Malgré sa grande faiblesse, la malade a très bien supporté l'intervention. Les 8 pinces laissées à demeure ont été enlevées au bout de 48 heures ; la température est redevenue normale et jusqu'au 15e jour, aucun incident n'est venu troubler la guérison. A cette date, il s'est fait une poussée suppurative du côté du ligament large gauche et pendant deux jours la température du soir s'est élevée à 40° ; au bout de ce temps, un demi-verre de pus, s'est écoulé spontanément par le vagin, la température s'est abaissée et dès lors la convalescence s'est franchement établie. La malade s'est levée le 28e jour ; elle a quitté mon service en merveilleux état le 30 septembre et depuis 5 mois sa parfaite guérison ne s'est pas un instant démentie.

La malade de l'observation VII est peut-être plus démonstrative encore que la précédente. Il s'agit d'une jeune femme d'une trentaine d'années à laquelle j'ai pour la première fois donné mes soins en juillet 1889. Elle avait alors une endométrite avec rétroversion adhérente et salpingite droite. Les symptômes douloureux dont elle souffrait cédèrent au curettage intra-utérin et pendant quelques mois l'amélioration progressive de son état général et local nous fit espérer une guérison définitive prochaine. Pour activer les choses, j'eus par malheur la pensée de lui conseiller une saison à Salies. Or, peu de jours après son arrivée dans cette station thermale, elle fut prise d'une poussée de salpingite aiguë bientôt suivie d'une péritonite généralisée des plus graves. Notre collègue M. Reclus qui voulut bien à cette époque voir la malade avec M. Lejard pourra vous dire lui-même quelles furent leurs inquiétudes. Quoi qu'il en soit, sous l'influence du traitement institué, la péritonite parut se localiser dans le petit bassin et la nécessité d'une intervention grave devenant évidente, M. Lejard assuma la responsabilité de me

ramener la malade. Malgré les précautions prises, ce voyage fut des plus pénibles et l'état de la patiente, à son arrivée chez les sœurs de la rue de la Santé, était on ne peut plus alarmant. Dépression considérable des forces, facies inquiétant, langue sèche, pouls d'une faiblesse extrême, vomissements fréquents, température élevée atteignant chaque soir 39° et 40°, ventre ballonné et douloureux et localement tous les signes de la pelvi-péritonite suppurée.

Tel était l'état des choses. Je ne crois rien exagérer en affirmant qu'une laparotomie aurait été néfaste. L'affaiblissement de la patiente était en effet extrême et localement l'étendue des lésions suppuratives, le volume des poches purulentes qui remplissaient tout le petit bassin défiaient toute tentative d'ablation. Je me décide donc le 17 octobre, à pratiquer l'opération de M. Péan en présence de mon ami Nélaton. L'intervention fut laborieuse mais très satisfaisante. Au cours du morcellement utérin que l'élévation et la fixation de l'organe rendaient assez pénible, j'évacuai deux kystes à contenu séreux et trois vastes collections purulentes très fétides. Bien entendu, je ne fis aucune tentative pour rechercher les annexes et je me contentai de drainer la vaste cavité suppurante avec des lanières de gaze iodoformée. L'opération avait duré 1 heure. Sans insister autrement sur les suites de cette intervention, je vous dirai simplement qu'au bout de huit jours la patiente pouvait être considérée comme sauvée, graduellement, elle reprit ensuite ses forces et, depuis lors, sa guérison ne s'est pas démentie.

La malade de l'observation IX est, elle aussi, très probante, mais à un point de vue différent. L'ancienneté des lésions suppuratives, leur communication avec le rectum sont les points les plus saillants de son observation que je vous ai suffisamment résumée pour n'y point revenir. Je crois de même superflu de détailler l'histoire des deux malades des observations XVI et XVII. La première avait des abcès localisés aux deux trompes et la laparotomie en eut facilement permis l'ablation. Toutefois, son état général était

très inquiétant, elle avait une température très élevée et sa misère physiologique était telle qu'à mon avis comme à celui de M. Pinard, l'ouverture du ventre eût été chez elle des plus périlleuses. Elle a cependant fort bien supporté l'hystérectomie et c'est à ce titre que j'ai voulu souligner son cas.

Quant à la malade de l'observation XVII, elle offre cette particularité fort précieuse à mon point de vue, qu'elle avait antérieurement subi l'ablation des annexes par laparotomie et que cette opération avait été bientôt suivie du retour des accidents. Mais je dois réserver la publication de ce fait intéressant. J'ai opéré cette malade le 6 décembre en présence de M. Terrillon et les suites immédiates de l'hystérectomie ont été bonnes. Mais depuis, les phénomènes douloureux ont en partie reparu. Il existe encore un empâtement manifeste au-dessus de la cicatrice vaginale et je me réserve de vous faire connaître ultérieurement les suites définitives de l'intervention d'autant que cet insuccès thérapeutique est le seul que j'aie observé jusqu'ici.

Reste la malade de l'observation XX et celle-ci est un exemple trop net des bienfaits du morcellement par voie vaginale pour que je ne vous résume pas l'observation dont tous les détails m'ont été remis par mon ami le Dr Bertin (de Nantes). La malade était une femme de 50 ans, qui était atteinte à la fois d'une suppuration péri-utérine et de fibromes interstitiels. L'abcès pelvien qui bombait dans le cul-de-sac de Douglas s'était à plusieurs reprises ouvert dans le rectum. Quant aux fibromes, ils formaient avec l'utérus une très grosse tumeur bosselée dont les limites supérieures atteignaient franchement l'ombilic. Mes amis MM. Bertin et Poisson ayant bien voulu me confier cette malade, j'ai été l'opérer à Nantes, le 18 novembre, en présence de MM. Heurteau, Malherbe, Bertin, Poisson, Larabric, Plantard et Simoneau. M. Simoneau donnait le chloroforme et j'étais directement assisté par mes deux internes MM. Thiercelin et Baudron. En suivant les règles opératoires du morcelle-

ment, j'ai évacué une collection rétro-utérine de 1 litre de pus, puis j'ai pratiqué l'ablation de l'utérus, des fibromes, des ovaires et des trompes; celles-ci étaient très épaisses et l'utérus contenait une série de gros fibromes dont le poids total était de 520 gr. Cette opération a duré trois heures; grâce aux soins intelligents dont elle a été entourée, grâce au milieu exceptionnel que lui offrait l'hôpital de Chantenay, la malade à guéri sans le moindre incident post-opératoire et son état de santé est actuellement parfait.

Tels sont les résultats actuels de ma pratique. Vous jugerez sans doute qu'ils ne sauraient faire accepter sans réserve tout le bien que je pense du procédé de Péan dans la cure des suppurations péri-utérines. Mais je n'ai pas moins l'espoir qu'ils vous paraîtront assez probants pour vous engager à soumettre l'opération nouvelle au contrôle de votre expérience personnelle. En ce qui me concerne, je vous l'ai dit, ma conviction est faite : les avantages du procédé de Péan ne me semblent pas contestables et voici comment on doit à mon avis juger l'ensemble de cette importante question de gynécologie opératoire.

Le premier point qui mérite l'attention concerne les indications de l'intervention. Pour M. Péan dont je partage absolument la manière de voir, l'hystérectomie est indiquée dans tous les cas de suppurations pelviennes qu'il est aujourd'hui classique de traiter par laparotomie avec ablation des parties malades. Envisagées dans leur ensemble, les indications de l'hystérectomie dans le traitement des suppurations pelviennes sont donc pour nous fort simples à définir : nous estimons qu'elles sont exactement semblables à celles de l'ablation des annexes par laparotomie. Mais ce n'est pas tout, et pour que cette formule exprime toute la vérité, il est indispensable, à mon avis, de la compléter en spécifiant que l'hystérectomie doit être uniquement réservée aux cas dans lesquels l'ablation *bilatérale* des annexes est elle-même nécessaire. Ceci n'est point seulement un précepte, c'est, on peut le dire, un véritable commandement. Il

est donc bien entendu que dans tous les cas d'abcès pelviens, qui paraîtront curables par l'incision simple au niveau d'un point quelconque de la paroi abdominale ou dans le vagin, il ne saurait être question d'hystérectomie. Ceci s'applique non seulement aux hématocèles suppurées et aux collections phlegmoneuses récentes, sur le traitement desquelles tous les chirurgiens sont d'accord, mais concerne aussi les quelques variétés rares d'abcès pelviens d'origine ovaro-salpingienne que l'on peut à la rigueur guérir par incision vaginale dans les conditions particulières que notre collègue M. Bouilly (1) a dernièrement pris soin de spécifier. Mais tout ceci va de soi et ce ne sont point là les conditions susceptibles de mettre en défaut notre souci de respecter les fonctions de reproduction, toutes les fois que faire se peut.

Les cas auxquels je fais surtout allusion ici sont ceux dans lesquels l'unilatéralité des lésions suppuratives, tout en exigeant la laparotomie avec ablation des annexes du côté malade, permet d'espérer qu'il sera possible de respecter les annexes de l'autre côté. Or, on ne saurait le répéter avec trop d'insistance, dans un cas quelconque de suppuration péri-utérine, toutes les fois que la bilatéralité des lésions suppuratives n'est pas évidente, c'est à la laparotomie qu'il faut donner la préférence. Elle seule permet le diagnostic précis des lésions et donne en conséquence la possibilité de guérir les malades, tout en leur conservant l'intégrité de leurs fonctions sexuelles. Je sais bien que l'ablation des annexes par voie vaginale est possible et qu'elle a peut-être encore quelques défenseurs, mais, en ce qui me concerne et pour des raisons qu'il n'y a pas lieu de rappeler ici, j'estime avec le plus grand nombre des chirurgiens que l'ovariotomie vaginale sans hystérectomie préalable est une opération mauvaise, difficile et particulièrement dangereuse en cas de suppuration. La conclusion s'impose :

(1) BOUILLY. De l'ouverture par voie vaginale des collections purulentes salpingées et ovariennes. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1890, p. 500.

dans toute ablation des annexes par voie vaginale, l'hystérec-doit être le premier temps de l'intervention et par conséquent il est formellement interdit de choisir cette voie toutes les fois que la *bilatéralité* des lésions suppuratives n'est pas un fait absolument avéré. En d'autres termes, il ne doit être question d'hystérectomie vaginale que dans les cas *nécessitant sûrement l'ablation bilatérale des annexes.*

Ces quelques mots résument toute ma pensée sur les indications de l'hystérectomie vaginale dans le traitement des phlegmasies péri-utérines qu'elles soient ou non suppuratives et la question étant ainsi posée, l'opération que je préconise ne saurait être soupçonnée d'être plus compromettante que la laparotomie pour les fonctions de reproduction. Une femme chez laquelle le sacrifice des annexes est décidé n'a vraiment que faire de son utérus. Je sais bien qu'une autre objection est ici possible. Dans les suppurations péri-utérines, dira-t-on, la clinique ne permet pas toujours d'affirmer que les annexes sont atteintes et, dans certains cas, on peut être conduit à évacuer par laparotomie des collections purulentes sans enlever les annexes. Le fait est exact et tout récemment encore M. Terrier (1) nous citait le cas d'une opérée qui est devenue enceinte plusieurs mois après son opération. Mais quelle n'est pas la rareté des cas de cette nature ? tous les laparotomistes sont là pour en témoigner, ils savent aussi fort bien que dans les suppurations pelviennes de quelque étendue les annexes sont toujours plus ou moins altérées et suivant la juste remarque de M. Pozzi (2) les malades qui guérissent après suppuration pelvienne en conservant leurs annexes sont dans l'immense majorité des cas « tout aussi impropres à la reproduction que celles qui ont été soumises à l'extirpation. Les trompes subissent chez elles un travail de sclérose qui les rend vite imperméables ». Pour toutes ces raisons, nous sommes donc autorisés, me semble-t-il, à pas-

(1) Terrier. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1890, n° 513.
(2) Pozzi. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurgie*, 1890, p. 519.

ser outre et lorsqu'une femme se présente avec des lésions péri-utérines suppuratives *bilatérales,* la certitude de conférer une guérison radicale par l'hystérectomie vaginale vaut bien le sacrifice des quelques chances de grossesse ultérieure que pourrait à la grande rigueur donner une tentative de guérison par simple incision des collections purulentes.

Ceci posé, nous pouvons étudier l'intervention en elle-même, voir comment on doit pratiquer et dans quelle mesure elle remplit les indications opératoires. Nous analyserons ensuite les avantages qu'elle peut offrir sur les autres méthodes employées jusqu'ici.

Le manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale pratiquée pour la cure des suppurations péri-utérines ou des lésions inflammatoires quelconques des annexes a été décrit par M. Péan et c'est aux règles données par ce chirurgien qu'il faut scrupuleusement se conformer. L'utérus toujours plus ou moins fixé par des adhérences doit être et ne peut être enlevé que par morcellement. Il est donc inutile de discuter ici les avantages comparés des ligatures et de la forcipressure ; celle-ci est seule possible.

Bien entendu je n'ai pas à insister devant vous sur la préparation des malades, sur la nécessité d'assurer par les moyens d'usage l'asepsie du rectum, de la vulve et du vagin et sur l'obligation d'observer toutes les règles de l'antisepsie, avant, pendant et après l'opération. A ces divers point de vue, je n'aurai rien à vous dire qui ne vous soit parfaitement connu et l'ablation de l'utérus par voie vaginale exige toujours les mêmes précautions quelle que soit son indication. Toutefois, avant d'aborder la description du manuel opératoire, je crois nécessaire de vous donner quelques détails sur le matériel instrumental et sur la position qu'il convient de donner aux opérées, non point que je veuille décrire ici l'instrumentation classique de l'hystérectomie vaginale par morcellement, mais ce que je tiens à bien spécifier c'est qu'il est impossible de conduire bien une hystérectomie vaginale par morcellement en cas de suppuration péri-uté-

rine, sans avoir à sa disposition le matérlel instrumental que M. Péan a fait construire à cet effet. Je vous signale en particulier le rôle capital qui est dévolu aux pinces à mors courts et parallèles dont se sert exclusivement ce chirurgien et aux longs écarteurs dont il fait usage soit pour maintenir la béance de la vulve et du vagin, soit pour décoller les tissus péri-utérins.

Quant à la position qu'il convient de donner à la femme, je la crois variable suivant les cas. M. Péan préconise exclusivement le décubitus latéral gauche et dans cette situation on opère en effet avec plus de sécurité et de facilité toutes les fois que l'utérus ne se laisse pas abaisser. Je crois donc qu'il faut toujours adopter cette situation dans tous les cas précités. Par contre, lorsque l'utérus semble plus facilement céder aux tractious, je pense qu'il est plus simple d'opérer dans la situation dorso-sacrée. Dans cette position le morcellement est peut-être plus difficile; on est un peu moins à l'aise pour détacher la vessie et la maintenir à distance sous la valve d'un écarteur, mais en revanche on surveille mieux la respiration. Le rôle des aides est moins fatigant et, détail fort important, la malade étant mieux et plus sûrement immobilisée pendant l'intervention, on observe plus les déplacements du bassin que la vigilance des aides ne saurait empêcher lorsqu'on maintient une femme pendant longtemps dans le décubitus latéral. L'opérateur n'est donc plus tenté de porter lui-même les mains sur les cuisses ou les fesses pour rétablir la bonne attitude et par conséquent il est moins exposé à contaminer ses mains.

Ceci dit, j'en arrive au manuel opératoire proprement dit: la malade étant placée dans le décubitus latéral gauche ou dans la situation dorso-sacrée, la vulve est maintenue béante par des écarteurs coudés et le col solidement saisi par une pince à abaissement. Cela fait, la muqueuse vaginale est incisée comme dans toute hystérectomie, le col est libéré aussi haut que possible par voie de décollement puis on procède au morcellement. Celui-ci se fait progressivement, par

étapes successives si je puis ainsi dire et chacune de ces étapes comporte quatre manœuvres principales : 1° libération des faces antérieure et postérieure de l'utérus ; 2° la section des ligaments larges ; 3° la division en deux valves de la portion d'utérus libérée par les deux manœuvres précédentes ; 4° l'excision des deux valves ainsi obtenues.

La libération des faces antérieure et postérieure de l'utérus doit se faire par décollement juxta-utérin à l'aide de l'extrémité mousse d'un long écarteur de Péan qu'on manœuvre à la manière d'une rugine. Le décollement doit être poursuivi prudemment avec le souci constant de maintenir strictement l'instrument contre le tissu utérin. On évitera de la sorte la blessure de la vessie et du rectum et, suivant les cas, on ouvrira soit le cul-de-sac péritonéal, soit une collection purulente. Il se peut aussi que le décollement se poursuive jusqu'au bout sans qu'on ouvre ni le péritoine, ni la moindre collection. L'utérus est alors comme énucléé des fausses membranes qui l'entourent. Ce sont là autant d'éventualités qu'on doit s'attendre à rencontrer.

La section des ligaments larges se fait suivant les règles habituelles : les deux écarteurs qui ont été introduits contre les deux faces antérieure et postérieure de l'utérus, soit par décollement sous-péritonéal, soit par effraction des collections purulentes juxta-utérines, soit encore par pénétration intra-péritonéale, restent en place pour protéger la vessie et le rectum. On saisit dans une pince à mors parallèles la portion des ligaments larges correspondant au segment utérin rendu accessible et visible par les écarteurs, puis on les sectionne au bas de l'utérus.

Les deux dernières manœuvres sont fort simples. Le segment d'utérus libéré par la section partielle des ligaments larges est divisé en deux valves que l'on excise l'une après l'autre, après avoir pris le soin de fixer la base de chacune d'elles par deux pinces à abaissement. Un premier segment d'utérus est de la sorte excisé, et répétant aussitôt les mêmes manœuvres pour la portion restante du corps utérin, on

arrive à pratiquer peu à peu l'ablation totale de l'organe sans perdre de sang et en voyant toujours ce que l'on fait. Cette dernière assertion semble extraordinaire lorsqu'on n'a pas l'expérience du morcellement, mais elle n'en est pas moins exacte. On peut même dire que la condition première à remplir pour pratiquer le morcellement en toute sécurité, consiste à ne jamais pincer ou réséquer une portion de tissu sans avoir nettement vu la région sur laquelle on va placer ses pinces ou porter l'instrument tranchant.

Les deux artifices opératoires qui permettent d'agir de la sorte sont d'une part, l'usage des grands écarteurs coudés et d'autre part la division de l'utérus en deux valves. Bien manœuvrés, les écarteurs donnent, en effet, au champ opératoire des dimensions inespérées en même temps qu'ils protègent efficacement tous les organes nécessaires à respecter. Quant à la division de l'utérus en deux valves que l'on résèque isolément, elle a pour effet de faciliter l'abaissement de l'organe et de permettre le plus souvent la mobilisation des parties qui paraissaient le plus inabordables. C'est donc à cette manœuvre qu'on doit la possibilité d'extirper l'utérus en totalité, quelle que soit son élévation ou sa fixation dans le petit bassin et c'est par exception que l'on est parfois conduit à laisser au fond de la place les parties les plus élevées de l'organe, sans qu'il paraisse, du reste, en résulter aucun inconvénient sérieux au point de vue du résultat thérapeutique de l'intervention.

Dans la description qui précède, j'ai donné la marche à suivre lorsque l'utérus haut situé et solidement fixé par des adhérences paraît impossible à abaisser. Ce sont là les cas les plus difficiles ; mais il est bon de leur opposer les cas, plus simples, dans lesquels l'utérus est resté facilement abaissable pendant que les lésions inflammatoires ou suppuratives se sont localisées dans les annexes. Ici, on pourrait être tenté de simplifier le manuel opératoire et de renoncer au morcellement pour enlever l'utérus tout d'une pièce en assurant l'hémostase des ligaments larges avec les

grandes pinces de Richelot. Ce serait une faute, et voici pourquoi : en renonçant au morcellement et au pincement par étages des ligaments larges à l'aide de petites pinces, on cesserait de procéder à ciel ouvert et en introduisant les grandes pinces de Richelot sans les suivre du regard on s'exposerait à ouvrir une collection purulente avant l'ablation de l'utérus. On se placerait aussi dans les conditions les plus défavorables au point de vue de l'écoulement du pus. Or, avec le morcellement, rien de semblable n'est à craindre, les collections purulentes s'ouvrent sous les yeux de l'opérateur, le pus s'écoule dans le vagin dont l'accès lui est largement ouvert par l'ablation préalable de l'utérus et toute effraction de liquide septique dans la cavité péritonéale se trouve dès lors évitée. Je pense donc que, dans tous les cas de suppuration péri-utérine, quel que soit l'état de l'utérus, qu'il soit petit ou volumineux, mobile ou adhérent, il faut avant tout ne rien faire sans y voir et c'est par conséquent au morcellement qu'il faut recourir.

L'utérus étant enlevé, comment doit-on se comporter vis-à-vis des annexes ? Pour résoudre cette importante question, il convient d'envisager isolément deux éventualités principales : tantôt l'utérus est en contact immédiat avec les collections purulentes qui l'environnent et c'est au cours de l'intervention qu'elles sont ouvertes par le travail des écarteurs ; tantôt l'ablation de l'utérus s'accomplit et se termine avec ou même sans ouverture des culs-de-sac péritonéaux, sans que le pus soit délogé des régions plus ou moins éloignées qu'il occupe. Dans le 1er cas, l'hystérectomie doit constituer toute l'intervention, elle réalise l'ouverture large et le drainage parfait de tous les foyers, il n'y a donc pas lieu de compliquer l'intervention par des tentatives d'ablation plus complètes. La recherche des annexes dans les cas de ce genre serait d'ailleurs très grave, très difficile, ou même tout à fait impossible. Dans le 2e cas, la situation est différente ; il faut, après ablation de l'utérus, aller à la recherche du pus, soit en crevant purement et simplement les

saillies fluctuantes qui bombent sous le doigt lorsqu'on explore par le toucher la cavité résultant de l'ablation de l'utérus soit en pratiquant l'ablation des annexes. Je ne puis préciser davantage. La détermination qu'il faut prendre reste affaire d'expérience et de tact. La seule règle que l'on puisse poser c'est qu'ici encore, il ne faut rien déchirer et rien enlever sans y voir, sans quoi on s'exposerait à de véritables désastres. Sans doute, lorsque les ovaires et les trompes ne sont pas trop adhérents et cèdent à la traction des pinces sous les yeux de l'opérateur, il ne faut pas hésiter à les enlever en assurant toujours l'hémostase par la forcipressure. Mais lorsque les adhérences sont plus solides, lorsqu'on a la moindre crainte de provoquer une déchirure viscérale quelconque, il faut, je le répète, savoir se contenter, soit d'une ablation incomplète, soit de la simple ouverture des collections purulentes accessibles à l'œil et au doigt.

Telle est l'intervention dans ses traits les plus essentiels et la conduite à suivre est en définitive simple : il faut enlever autant que possible la totalité de l'utérus, procéder par décollement juxta-utérin progressif, sans faire un temps spécial de l'ouverture des culs-de-sac péritonéaux ; se laisser guider à cet égard par la nature des lésions très variables suivant les cas particulier ; ne jamais agir à l'aveugle ; se contenter d'enlever l'utérus, lorsque les collections péri-utérines peuvent être largement ouvertes, soit au cours de l'intervention, soit après ablation de l'utérus ; enfin, ne pratiquer l'ablation totale des annexes que lorsque cette ablation se fait aisément et sous les yeux de l'opérateur. En procédant ainsi on se place donc dans deux conditions différentes : tantôt on enlève toutes les parties malades, utérus et annexes et toutes les conditions d'une guérison parfaite sont dès lors réalisées, tantôt au contraire il s'agit d'un simple drainage du petit bassin, mais d'un drainage parfait puisque toutes les collections purulentes largement ouvertes peuvent librement déverser leur contenu dans la vaste brèche créée par l'hystérectomie. Notez enfin que toujours on réalise cette

précieuse indication de supprimer l'organe qui a dans l'immense majorité des cas causé tous les désordres et qui peut être le point de départ de rechutes plus ou moins sérieuses chez les femmes dont on enlève simplement les trompes et les ovaires.

Pour terminer cette description opératoire, je devrais insister sur bien d'autres points, dire comment il convient de laisser les pinces en place pendant 48 heures, de mettre une sonde à demeure jusqu'à leur ablation, montrer les avantages que donne l'application d'une vessie de glace sur l'abdomen pendant les premiers jours, insister sur les irrigations vaginales antiseptiques qui doivent être commencées dès le 3ᵉ jour après enlèvement des lanières de gaze iodoformée placées entre les pinces à la fin de l'opération, donner enfin tous les renseignements voulus sur l'hygiène des opérées et sur les soins minutieux dont on doit les entourer jusqu'à leur guérison. Mais si importants que soient ces détails de pratique, ils vous sont trop familiers pour qu'il soit nécessaire de les développer devant vous. Sans plus insister sur l'opération en elle-même, je dois maintenant mettre en lumière les avantages qu'elle me paraît offrir sur l'ablation des annexes par laparotomie dans le traitement des suppurations péri-utérines.

Pour ne rien omettre, je devrais peut-être établir un parallèle entre l'hystérectomie vaginale et les interventions par voies sacro-coccygiennes ou périnéales qu'on semble vouloir préconiser depuis quelque temps à la suite de Wiedow, d'Hégar et de Otto Zuckerkandl, mais je ne possède aucune expérience personnelle sur ces méthodes opératoires nées d'hier et je ne puis me permettre de les juger. Au surplus, et de l'aveu même de ceux qui les préconisent, leurs indications dans le traitement des suppurations pelviennes semblent singulièrement exceptionnelles et quels que soient les enseignements que nous réserve l'avenir, je ne crois pas qu'ils soient jamais de nature à nous faire préférer les larges débridements que nécessite la périnéotomie ou la résection sacrée aux

conditions vraiment si parfaites dans lesquelles nous place la laparotomie ou l'intervention par les voies naturelles. Je me bornerai donc à montrer les avantages que l'hystérectomie me paraît avoir sur la seule opération qui soit aujourd'hui classique dans le traitement des suppurations pelviennes bilatérales des annexes, j'ai nommé la laparotomie.

La castration utéro-ovarienne par voie vaginale nous paraît devoir être préférée à la castration ovarienne par laparotomie pour quatre raisons principales : 1° l'opération est à nos yeux moins grave ; 2° elle donne des guérisons plus parfaites et plus durables ; 3° elle évite tous les inconvénients d'une cicatrice sus-pubienne ; 4° elle ne condamne pas les opérées à porter éternellement une ceinture.

Ces deux dernières conditions n'ont pas, je le sais, une valeur de premier ordre. Les perfectionnements opératoires ont permis de réduire au minimum les diverses complications auxquelles peuvent exposer les cicatrices de laparotomie et toutes les opérées font en général aussi bon marché de leur cicatrice sus-pubienne que de leur condamnation à la ceinture perpétuelle. Toutefois on ne peut nier que la possibilité de guérir des femmes jeunes sans leur laisser aucune trace visible de l'intervention ne soit un avantage auquel nombre de patientes attachent une sérieuse importance, et c'est à ce titre que nous l'enregistrons. Quant aux deux autres arguments que nous invoquons, gravité moindre de l'opération, guérison à la fois plus parfaite et plus durable, ils ont une portée bien autrement grande et c'est par eux que doit en somme se juger le débat.

Au point de vue du pronostic opératoire, vous savez combien M. Péan est affirmatif. Sur 60 cas dont il ne donne malheureusement pas les observations, il accuse 60 succès. Quant à moi, mon expérience personnelle du traitement des suppurations péri-utérines par hystérectomie n'est pas encore telle que je puisse vous démontrer par des chiffres que le pronostic immédiat de ce mode d'intervention est moins grave que celui de la laparotomie. Toutefois si vous

voulez bien vous reporter aux observations que je viens de vous citer, prendre en considération les conditions particulièrement graves dans lesquelles se trouvaient les quatre malades que j'ai perdues (obs. XII, XIII, XIV, XX) et par opposition, vous souvenir que sur les 19 malades que j'ai guéries, il en était au moins trois (obs. II, VII et XX) dont la situation était désespérée, il me semble que vous reconnaîtrez le bien fondé de mon opinion sur la réelle nécessité de l'intervention. Je sais bien qu'à cette heure, le pronostic opératoire de l'ablation des annexes par laparotomie est aussi parfait que possible et certes, lorsqu'on lit les dernières statistiques qui vous ont été communiquées, celles de MM. Pozzi et Terrillon par exemple, il semble difficile de faire mieux, mais il ne faudrait cependant rien exagérer. Dans les cas de suppurations péri-utérines graves, toutes les interventions, y compris les laparotomies les mieux conduites, demeurent très sérieuses. Chacun de nous le sait fort bien, et s'il me fallait invoquer un témoignage à l'appui de mon assertion, je pourrais vous rappeler les sages réserves que des laparotomistes consommés comme nos collègues MM. Terrier et Bouilly n'ont pas craint d'exprimer en maintes circonstances. Or, c'est précisément dans ces cas graves que l'hystérectomie manifeste le mieux sa supériorité. Il suffit d'une courte expérience pour s'en convaincre. En effet, là même où la laparotomie nécessite comme le dit M. Bouilly « les manœuvres abdominales les plus complexes, les plus difficiles et les plus périlleuses », l'intervention par voie vaginale se contente d'enlever l'utérus, de l'énucléer pour ainsi dire au milieu des fausses membranes ou des clapiers qui l'entourent. Les cavités purulentes sont ouvertes, leur drainage est merveilleusement assuré, et, détail significatif, les adhérences intestinales qui font le principal péril de la laparotomie sont respectées de parti pris.

J'insiste beaucoup sur le dernier point. Il est de ceux qui mettent le mieux en lumière les avantages de l'hystérectomie vaginale, il nous montre, en effet, qu'on n'a jamais à compter

dans ce mode d'intervention avec les dangers qui résultent de la déchirure des adhérences. Je n'ai pas à vous rappeler qu'il en est tout autrement dans l'ablation des annexes par laparotomie et, soit dit en passant, c'est la meilleure réponse que je puisse faire à cette objection déjà formulée parmi nous que l'opération serait impossible en cas d'adhérences intestinales. Rien n'est plus inexact et vous savez maintenant comment les adhérences intestinales bien loin de contre-indiquer l'extirpation de l'utérus peuvent, au contraire, compter parmi ses indications les plus nettes. En somme, l'analyse impartiale des faits permet d'établir de la manière suivante le parallèle que je poursuis devant vous. Dans les cas de gravité moyenne justiciables de la laparotomie sans mortalité opératoire, on peut, je crois, affirmer que le pronostic de l'intervention vaginale est au moins aussi bénin que celui de l'intervention sus-pubienne. Dans les cas, au contraire, où l'ablation des annexes par laparotomie exige des manœuvres périlleuses l'hystérectomie réduit au minimum les chances de mort opératoire tout en réalisant des conditions de guérison parfaites. Il me paraît donc légitime de conclure en disant que l'hystérectomie donne, en général, autant de sécurité que la laparotomie et, qu'en nombre de cas, elle doit être considérée comme moins grave.

Dans cette étude du pronostic opératoire immédiat de l'hystérectomie, j'ai laissé de côté la part de gravité qui peut revenir aux complications opératoires proprement dites, telles que les hémorrhagies, les perforations de la vessie ou du rectum. C'est qu'en effet la description de ces accidents bien connus de tous les chirurgiens, n'offre rien de spécial dans les circonstances particulières qui nous occupent. Sans doute, lorsque l'utérus est immobilisé par les adhérences, il semble que la blessure de la vessie ou du rectum soit, comme les hémorrhagies, plus difficile à éviter que dans les circonstances habituelles où se pratique l'hystérectomie. Il n'en est rien. Pour ma part, sur un total de plus de 50 hystérectomies faites pour suppurations péri-utérines,

cancers ou fibromes, j'ai observé une hémorrhagie mortelle consécutive à la mauvaise construction d'une pince faussée dans un cas d'hystérectomie pour cancer ; une petite déchirure du rectum qui a guéri spontanément chez une autre cancéreuse, deux déchirures du rectum et une déchirure de la vessie chez une des malades dont je vous ai donné les observations (obs. V, IX et XIII). J'ai pu suturer séance tenante la petite déchirure vésicale de la malade de l'obs. V et la cicatrisation s'est rapidement faite. Quant aux deux cas de déchirure du rectum, vous les connaissez, chez les deux malades (obs. IX et XIII), je n'ai fait qu'augmenter une communication préexistante. L'une d'elles (obs. XIII) est morte de tout autre chose, et chez l'autre (obs. IX) la déchirure reste encore fistuleuse.

Pour ne rien omettre, je dois signaler enfin un cas de perforation vésicale secondaire qui s'est produit à la chute des eschares chez la malade de l'obs. XXII. Ce fait est tout récent et j'ai tout lieu d'espérer que la petite fistule se fermera spontanément. En tout cas, il me suffira d'une intervention fort simple pour en obtenir la cicatrisation. La proportion de mes accidents opératoires, est, vous le voyez, assez faible, et je ne doute pas qu'il soit possible de la réduire encore. Je ne veux point nier par là les difficultés souvent très réelles de l'opération et je tiens même à dire qu'il serait à mon avis très dangereux de l'entreprendre sans avoir vu faire le morcellement par des mains exercées et sans avoir soi-même une assez grande expérience de la chirurgie vaginale. Mais, encore une fois, tout chirurgien qui voudra bien suivre les règles opératoires du morcellement et s'exercer avec attention arrivera très vite à se garer des complications opératoires et à procéder en somme avec autant de sécurité par le vagin que par le ventre. Il n'y a donc pas lieu d'insister davantage et les complications possibles de la castration utérine ne sauraient nous influencer dans la comparaison du pronostic de l'intervention suivant qu'elle est vaginale ou sus-pubienne.

Le dernier point qui me reste à élucider est celui-ci : est-il bien vrai que l'intervention vaginale confère une guérison plus parfaite et plus définitive que l'ablation des annexes par laparotomie ? Ici encore et pour des raisons analognes à celles que j'ai invoquées en vous parlant du pronostic opératoire immédiat, je ne puis encore confirmer mon dire par des chiffres. Il me semble cependant que mes documents sont suffisants pour entraîner la conviction. Certes, je sais fort bien que la pyo-salpingite est, comme l'a si justement dit M. Bouilly, le triomphe de la laparotomie. C'est là qu'elle trouve toutes ses indications les plus nettes et qu'elle donne les résultats thérapeutiques les plus sûrs.

Je ne conteste donc pas la qualité des guérisons que l'ablation par laparotomie des annexes suppurées donne en maintes circontances ; bien des fois j'ai eu, comme la plupart d'entre vous, l'occasion de pratiquer avec succès cette opération. Par contre, je ne crois pas être contredit en rappelant que l'ablation des trompes et des ovaires a parfois ses revers : nombre d'opérées continuent à souffrir ; d'autres éprouvent dans la suite des accidents d'endométrite qui nécessitent un ou plusieurs curettages ; il en est enfin chez lesquelles le retour des accidents suppuratifs exige une nouvelle laparotomie. Je ne voudrais pas abuser de votre attention en recherchant dans les nombreuses statistiques des laparotomistes les proportions exactes de ces insuccès absolus ou relatifs, d'autant que nos quelques hystérectomies ne sauraient encore affronter une comparaison numérique avec les centaines de laparotomies dont on possède maintenant le relevé, je me contente de vous remettre en mémoire la possibilité de ces quelques mécomptes que plusieurs d'entre vous ont sûrement observés et que j'ai notés moi-même sur quelques-unes de mes opérées.

Or, quelles sont les causes qu'il faut accuser dans les cas de ce genre ; il en est je crois deux principales : l'ablation incomplète des parties malades et ce fait que l'utérus est toujours laissé en place. Mais il est vrai qu'on peut souvent

incriminer l'impossibilité de pratiquer une ablation radicale, il faut reconnaître que le vrai coupable, c'est l'utérus. N'est-ce pas lui qui est presque toujours le foyer générateur des lésions, et qui plus tard les entretient ou les ranime ? Ce fait est reconnu et, dès lors, il devient bien naturel de penser que l'hystérectomie est l'opération qui donne les meilleures garanties de guérison pour l'avenir. Il est, en effet, bien clair que toutes les complications tardives, hémorrhagiques ou douloureuses relevant directement de l'endométrite peuvent être à coup sûr rayées du pronostic. Mais ce que nous tenons à bien spécifier, c'est que les lésions péri-utérines se trouvent, elles aussi, après ablation de l'utérus, dans les conditions les meilleures au point de vue de leur guérison définitive. En d'autres termes, nous pensons que la persistance des douleurs ou le retour des accidents suppuratifs s'observent bien plus rarement quand on intervient par le vagin que lorsqu'on procède par le ventre.

Le temps et l'observation prolongée des malades pourront seuls donner la complète démonstration de cette assertion. Toutefois, et sans invoquer les faits malheureusement inédits sur lesquels M. Péan base ses convictions, je crois pouvoir appeler votre attention ici maintenant sur la qualité de mes résultats personnels. Ils sont, me semble-t-il, assez probants, car si j'excepte la malade de l'observation XVII qui souffre encore de lésions rétro-rectales que je n'ai pu atteindre, les autres n'ont pas cessé de jouir d'une santé parfaite depuis l'opération, sans jamais éprouver le moindre trouble, ni la moindre douleur du côté du petit bassin. Du reste, en réfléchissant un instant aux conditions particulières réalisées par l'intervention vaginale, il me semble que la supériorité de ce mode opératoire doit s'imposer à l'esprit.

Lorsque la nature des lésions permet l'ablation totale de l'utérus et des annexes, et le fait est fréquent, la perfection du résultat ne saurait être contestée : aucune autre opération ne peut, à coup sûr, conférer une guérison plus radicale. Quand l'étendue des lésions s'oppose à l'ablation complète

des annexes, la supériorité du résultat opératoire est moins évidente et cependant elle reste encore facile à mettre en lumière. Quel est, en effet, le reproche principal qu'on puisse lui adresser? c'est d'être incomplet, mais ce même reproche n'est-il point applicable à la laparotomie? Celle-ci expose non seulement à l'obligation de laisser dans le petit bassin des lambeaux plus ou moins importants de trompes ou d'ovaires retenus par des adhérences, elle respecte de parti pris l'utérus. Dans l'intervention vaginale au contraire, l'utérus est avant tout supprimé, avec lui disparaissent toutes les complications dont il peut être le point de départ. Quant aux annexes, elles ne sont enlevées que d'une manière incomplète; souvent même, tout se borne à l'ouverture des cavités purulentes,mais qu'importe, tous les clapiers péri-utérins sont à jour, le drainage est parfait, les liquides pathologiques s'écoulent librement, et bientôt, grâce à la suppression de l'utérus, les dernières, ou ce qu'il en reste, disparaissent par atrophie, et le processus cicatriciel gagne toutes les parties malades, sans qu'il reste nulle part une épine quelconque, susceptible de réveiller les lésions. La mort anatomique et physiologique des annexes qu'on a dû laisser est en un mot complète et bien plus sûre que ne peut l'être celle de l'utérus, lorsqu'il reste en place après ablation des annexes, et c'est pour cela que, dans les cas où l'ablation totale de l'utérus et des annexes est impossible, nous estimons qu'il est bien plus sûr d'enlever l'utérus sans les annexes, que les annexes sans l'utérus.

Telles sont les principales raisons qui me semblent militer en faveur de l'opération préconisée par M. Péan et qui m'ont conduit à cette conclusion que, dans la plupart des cas de suppuration péri-utérine bilatérale, on doit désormais préférer à la laparotomie l'hystérectomie vaginale avec ou sans ablation des annexes. L'observation ultérieure nous donnera seule la solution définitive de cette importante question de pratique chirurgicale, mais j'ai pensé qu'il était dès maintenant opportum de vous communiquer les pre-

miers résultats de ma pratique personnelle et de soumettre à votre contrôle une opération qui me paraît, je vous le répète, appelée à rendre les plus remarquables services.

DYSTOCIE DUE A LA PRÉSENCE D'UN FIBROME INSÉRÉ SUR LA PARTIE POSTÉRIEURE DU SEGMENT INFÉRIEUR DE L'UTÉRUS. PLACENTA PRÆVIA. MORT DU FŒTUS. DÉPLACEMENT SPONTANÉ DE LA TUMEUR.

Par le Dr **Emile Blanc**, ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Lyon.

L'intéressante observation de Ribemont-Dessaignes, publiée dans le nº de février 1890 des *Annales de gynécologie*, nous engage à relater le fait suivant, qui s'en rapproche à bien des points de vue, et qui mérite attention par quelques détails de physiologie obstétricale, relatifs au mécanisme du déplacement des fibromes du segment inférieur et du col, pendant l'accouchement.

Il s'agissait dans notre cas, d'une femme de 30 ans, indemme d'antécédents pathologiques, et qui n'était devenue enceinte qu'après 6 ans de mariage. Sa menstruation s'était toujours accomplie avec une certaine difficulté (douleurs et ménorrhagies).

Elle faisait partir sa grossesse du 8 octobre 1888, mais ne pouvait donner aucun renseignement précis sur les premiers mouvements de l'enfant.

Nous eûmes l'occasion de la voir pour la première fois le 22 juillet 1889, c'est-à-dire vers le terme de sa grossesse, à 9 heures du soir. Depuis le 20 elle éprouvait des douleurs abdominales vives, ayant le caractère des contractions utérines, qui dans la nuit du 21 au 22 juillet l'empêchèrent complètement de dormir. La sage-femme qui devait l'assister pressentant un accouchement anormal, s'était retirée sous un prétexte quelconque.

Un examen général de la parturiente nous rassura sur la bonne conformation de son squelette, et sur son état de santé. Mais un détail frappait aussitôt l'attention, c'était le développement considérable du ventre, développement qui, assez régulier en avant et

sur les côtés, finissait en une saillie brusque au-devant de l'épigastre, et au-dessus de la symphyse. La femme se plaignait de douleurs incessantes dans tout le ventre et les reins.

Le palper, rendu très difficile par la douleur et la tension des parties, révélait la présence d'une tumeur abdominale, régulière, lisse, rénitente, douloureuse, du volume d'un utérus arrivé au terme de la grossesse. Une zone de sonorité limitait cette tumeur au niveau des flancs et à l'épigastre. Vers son fond, on sentait se déplacer une masse dure assez analogue à une grosse extrémité de fœtus. La saillie hypogastrique paraissait appartenir aussi à l'utérus, car il n'existait aucun signe de réplétion vésicale. Nulle part on n'entendait les bruits du cœur d'un fœtus ; seul, un souffle maternel intense couvrait la région hypogastrique.

Au toucher vaginal on était bien vite arrêté par une masse dure, régulière, lisse, non douloureuse, remplissant l'excavation pelvienne, descendant jusque sur le plancher, effaçant le cul-de-sac postérieur, refoulant contre la symphyse la paroi vaginale correspondante. Cette tumeur laissait un certain espace, bien limité il est vrai, à gauche de l'excavation. Entre elle et la symphyse pubienne, il existait une fente, capable tout au plus de laisser passer deux doigts. Au fond de cette fente, au niveau du bord supérieur de la symphyse, on atteignait, péniblement, un col long, très mou, entr'ouvert à son orifice externe, confondu avec la tumeur par sa lèvre postérieure.

Un diagnostic s'imposait, celui d'une grossesse arrivée à terme compliquée d'un fibrome du col, peut-être du segment inférieur, avec rétention d'un fœtus mort dans la cavité utérine.

Grâce à un peu de chloral, la nuit qui suivit fut moins pénible. Le lendemain matin à 8 heures, M. le professeur Fochier, notre maître, vit la malade, et devant la gravité de la situation fit tout préparer pour une opération de Porro.

A 10 heures, pendant l'anesthésie au chloroforme, on constata que cette tumeur jouissait d'une certaine mobilité, et, de plus, que l'espace resté libre entre elle et la symphyse pubienne était un peu plus large. En conséquence, on laissa la femme se réveiller, et on attendit.

Deux jours se passent sans phénomènes bien particuliers. Vers la fin du second jour, la poche des eaux se rompt, et il s'écoule une assez grande quantité d'un liquide fade, sanguinolent, mêlé de caillots.

Des douleurs plus nettes, plus caractérisées éclatent dans la nuit du 25 au 26 juillet. Le matin, à 9 heures, la tumeur semble occuper une situation identique. Toutefois, derrière la symphyse, on atteint, avec quelque difficulté, un col effacé, mince, un peu dilaté, ayant la forme d'une fente transversale, de 2 à 3 cent. d'étendue; à travers l'orifice externe fait saillie une petite masse irrégulière, molle, qu'on reconnaît être un cotylédon placentaire. On s'explique ainsi le mélange de caillots sanguins au liquide amniotique, lors de la rupture de la poche.

L'état général de la femme est satisfaisant, il n'y a aucune élévation de température.

Dans la soirée du 26, on constate que la fente cervicale s'est agrandie, et que le fibrome a subi un léger mouvement d'ascension, libérant une partie de l'excavation à gauche.

Le 27 juillet, à 8 heures du matin, l'orifice externe dilaté à 4 ou 5 cent. a pris une forme circulaire. Une anse de cordon prolabe à travers. On reconnaît au détroit supérieur le siège décomplété du fœtus (mode des fesses) en S. I. G. Son dos croise en sautoir la face antérieure de l'utérus, et aboutit dans l'hypochondre droit, à une masse volumineuse, plus régulière, donnant sous la pression des doigts une sensation de crépitation (crâne fœtal). Par suite du développement anormal du segment antéro-inférieur de l'utérus, presque tout le siège du fœtus est logé au-dessus et en avant de la symphyse.

A 1 heure de l'après-midi, la dilatation n'a plus fait de progrès. Mais, comme une assez grande partie de l'excavation est maintenant libre, comme le fœtus est mort, on accède aux désirs de la parturiente, et on fait l'extraction. M. le professeur Fochier parvient sans trop de difficultés à appliquer un crochet mousse sur le pli de l'aine situé en avant; le tronc du fœtus franchit assez bien l'obstacle : seule la tête exigea quelques efforts.

Le fœtus volumineux et macéré, paraissait mort depuis 8 à 10 jours. La délivrance, faite par expression quelques minutes plus tard, amena une hémorrhagie dont eurent raison des injections chaudes.

Voici quels étaient les rapports des parties immédiatement après l'accouchement : cavité pelvienne libre; col utérin largement ouvert, aminci, souple, paraissant continuer le vagin; au-dessus existe un *segment inférieur souple, aminci, nettement constitué*



et assez développé. car nous lui assignons une hauteur de 4 travers de doigt. Le segment inférieur est surmonté par l'anneau de Bandl, apparaissant, au moment d'une contraction utérine, sous la forme d'un cercle musculaire épais, saillant, comme taillé à pic. *Dans aucun point du segment inférieur on ne trouve trace de fibrome ; il est dans tout son pourtour souple, mou, et relâché. Mais immédiatement au-dessus de l'anneau de contraction*, on reconnaît à droite et en arrière, l'extrémité inférieure, dure, lisse régulière, très limitée, d'une tumeur fibreuse, que l'on sent se continuer dans l'abdomen avec une autre masse perçue par le palper, dans le flanc droit. Nous assignons à cette tumeur le volume d'une tête de fœtus à terme. De forme ovalaire, à grand axe vertical, elle est aplatie d'avant en arrière, et comme plaquée contre le corps de l'utérus.

La parturiente a eu des suites de couches simples. Pendant plusieurs jours la tumeur resta accessible par l'abdomen. La mauvaise volonté de cette femme nous a empêché de suivre, par le toucher, les nouveaux rapports que prenaient les parties, et de remplir ainsi une lacune regrettable.

Nous n'insisterons pas sur les multiples effets qui sont résultés de la présence d'un volumineux fibrome sur la partie postérieure du segment inférieur de l'utérus, car on a depuis longtemps étudié ce genre de dystocie.

Comme accidents de grossesse imputables au fibrome dans notre cas, nous devons noter la production d'un placenta prævia, la mort du fœtus, une présentation de l'extrémité pelvienne décomplétée.

En dehors de l'existence de tout vice diathésique chez les parents, la mort du fœtus doit être attribuée à un accident de compression placentaire. Par suite, en effet, de la résistance qu'opposait le fibrome en arrière, à la formation du segment inférieur, ce dernier ne s'est d'abord constitué que sur sa partie antérieure.

Il en est résulté une sorte d'excavation sacciforme, située au-devant des pubis, qui logeait l'extrémité pelvienne du fœtus, et. de plus. donnait insertion au placenta. Ce dernier a donc subi de la part de la présentation. une compression

lente, continue qui est allée s'exagérant à mesure que le fœtus se développait, et que la tension intra-utérine augmentait. La cessation des échanges utéro-placentaires en a été la conséquence.

Dans notre cas, comme dans celui de Ribemont-Dessaignes, l'enfant se présentait par le siège. On sait, d'après les statistiques de Tarnier, Lefour, Chahbazian, etc..., combien cette présentation est fréquente dans les fibromes du col et du segment inférieur. Tarnier donnait pour cette fréquence, relativement à la présentation du sommet, la proportion de 1/16. Sur 100 présentations, Lefour note 32 sièges ; et Chahbazian établit la proportion de 26 0/0.

Ce fait trouve son explication dans la modification de forme que la tumeur imprime au sommet de l'utérus, et dans les rapports nouveaux qui s'établissent entre le contenant et le contenu. Mais en quoi consistent exactement ces changements de rapports. Pour Chahbazian, les fibromes du col favorisent la présentation du siège :

1° En obstruant l'excavation pelvienne, et en laissant mobile au-dessus du détroit supérieur la présentation ;

2° en déformant le segment inférieur : « l'espace laissé libre entre la tumeur et le segment inférieur est plus facilement occupé par la partie la plus petite du fœtus, le siège, qui s'engagera ». Cette dernière explication ne vaut que pour le siège décomplété, mode des fesses, car le siège complet est à terme la partie la plus volumineuse du fœtus, et devrait au contraire occuper le fond de l'organe. Quant à la mobilité du fœtus nous ne croyons pas qu'elle joue le rôle qui lui est assigné par cet auteur. En effet, dans les observations que nous avons parcourues, il est souvent dit que la tension des parois utérines était accrue. Les fibromes volumineux qui se développent au pourtour du segment inférieur et du col, doivent réduire dans de certaines limites la hauteur de la cavité utérine. Dans notre observation, dans celle de Ribemont-Dessaignes, par exemple, le pôle inférieur du fœtus s'était presque entièrement logé en avant et au-dessus

de la symphyse. Il en résulte que lorsque au 8e mois, le fœtus voudra changer de présentation, il se trouvera immobilisé par le défaut d'espace du contenant en présentation du siège, ou bien s'arrêtera en présentation du tronc (20 à 21 0/0 dans fibromes utérins), si l'évolution commencée n'a pu aboutir.

Mais le principal fait sur lequel nous désirons appeler l'attention, c'est ce phénomène curieux, du déplacement de la tumeur sous l'influence des contractions utérines. Si le phénomène clinique est depuis longtemps connu, une explication bien complète de son mécanisme fait encore défaut. Dans la discussion qui eut lieu en 1869 à la Société de chirurgie, Tarnier donnait l'explication suivante : « Les fibres verticales de l'utérus en se contractant, tirent sur les fibres horizontales du col, et agissent en même temps sur la tumeur qui fait corps avec le tissu utérin, si bien que la tumeur se déplace avec le col, pendant que celui-ci se dilate ».

D'après Guéniot l'obstruction du petit bassin par les fibromes sessiles et sous-péritonéaux du col, tend à disparaître « par le triple fait des contractions utérines, de la dilatation progressive de l'orifice, et finalement de l'ascension de la tumeur au-dessus du détroit supérieur ». Il admet comme influences adjuvantes : l'écoulement du liquide amniotique qui désemplit la matrice, et, à un faible degré, amène l'élévation du segment inférieur ; la présence au niveau du col de l'extrémité pelvienne du fœtus, capable de s'insinuer entre la tumeur et le col.

Voici comment, sur le même sujet, s'exprime Lambert (1) :

« Le déplacement se produit surtout dans les cas où la tumeur est sessile sur le segment inférieur de l'utérus ou peu pédiculée. Ne pouvant déprimer son fond, l'utérus relève autour de la partie fœtale, sur l'extrémité la plus élevée de laquelle il prend point d'appui, toute la paroi qui l'entoure, et efface sa cavité de bas en haut ; la paroi utérine prenant pour centre fixe le milieu du fond appuyé sur la partie fœtale,

(1) Thèse de Paris, 1870.

agit comme le diaphragme à sa périphérie ; de cette façon toute la masse de l'utérus a une tendance à se rapprocher du centre, et bientôt la partie engagée est libre, et l'expulsion se fait par les forces ordinaires. La dilatation ne saurait produire l'effet voulu, limitée comme l'est cette dilatation par les parois incompressibles du bassin. A ce moment il faut une force élévatrice, et pour cela il suffit que la direction de la force agissant change. Jusqu'à présent elle n'avait fait qu'éloigner l'obstacle dans le plan horizontal, à présent elle l'éloigne dans le plan vertical. »

Il est incontestable que toutes ces causes, invoquées par les auteurs que nous venons de citer, et particulièrement la dilatation et l'élévation du col contribuent pour une grande part à mobiliser la masse fibreuse, quant elle est mobilisable, mais elles n'expliquent pas tout. On ne comprend guère, de cette façon, pourquoi un fibrome sessile du sommet de l'utérus, alors qu'il occupe toute la hauteur de l'excavation, qu'il a refoulé le col bien en avant et au-dessus de lui, lorsqu'il siège en arrière, va pouvoir, en même temps que ce col se dilate, non seulement libérer une partie du petit bassin, mais encore remonter au-dessus de l'orifice utérin, jusqu'à devenir inaccessible au doigt explorateur. C'est cependant ce que nous avons vu se produire dans notre cas. Le fibrome qui descendait jusqu'au fond de l'excavation, et avait rejeté le col au-dessus de la symphyse pubienne, remonta peu à peu dans l'abdomen sous l'influence des contractions utérines, et bien au-dessus de l'orifice externe après l'accouchement, nous trouvâmes ce qui restait de la portion vaginale du col vers l'entrée du bassin, *surmontée du segment inférieur de l'utérus libre de toute production néoplasique. La tumeur avait glissé sur toute la hauteur de ce segment, et gagné le corps utérin proprement dit.* Son extrémité inférieure affleurait l'anneau de contraction, qui paraissait nettement constitué sur tout son pourtour, aussi bien en arrière, au-dessous de la tumeur, qu'en avant. Sa masse s'était presque tout entière logée dans la cavité abdominale.

Le déplacement de certains fibromes qui s'insèrent à la base du col ou sur le segment inférieur de l'utérus, semble donc essentiellement lié à la formation de ce segment inférieur. Or, cette formation, telle que nous avons pu la constater et la décrire à la fin de la grossesse ou au commencement de l'accouchement, nous paraît résider surtout dans un déplacement, ou une distribution différente des fibres musculaires qui relient le corps de l'utérus au col. Nos recherches cliniques ultérieures n'ont fait que nous confirmer dans cette idée. Ainsi, nous nous expliquons la formation parfois très rapide du segment inférieur, son développement par à coups, la marche excentrique de l'anneau de contraction dans la hauteur des parois utérines, l'accroissement correspondant de son volume, etc... Nous ajouterons que certains détails anatomiques, la laxité des adhérences utéro-péritonéales dans toute la zone du segment inférieur, l'abondance du tissu cellulaire à ce niveau, et certaines particularités cliniques, la constitution par exemple de l'anneau de contraction en dedans de la tumeur dans notre observation, permettent de supposer que les bandes musculaires capables d'un pareil glissement, ou destinées à subir une pareille ordination, siègent presque exclusivement dans les couches externes de la musculature de la partie inférieure de l'utérus.

Il résulte de cela que lorsqu'un fibrome prendra la plus grande partie de ses insertions dans les zones musculaires utéro-cervicales mobilisables, il accompagnera, au moment du travail ces fibres dans leur ascension verticale, indépendamment de toute progression de l'orifice externe et du col proprement dit.

Il est évident que les adhérences inflammatoires qui parfois s'établissent au pourtour de la tumeur, qu'une insertion large de celle-ci sur la hauteur des parois cervicales, c'est-à dire sur une région à texture musculaire différente et, par suite incapable de subir les changements des zones sus-jacentes, peuvent devenir un obstacle à l'ascension du néo-

plasme, comme aussi à la formation du segment inférieur qui le supporte.

DE L'ACTION DES ANTISEPTIQUES SUR LE PÉRITOINE

Par le Dr **Pierre Delbet**, prosecteur à la Faculté de médecine,
F. de Grandmaison, interne des hôpitaux, préparateur adjoint au laboratoire d'histologie de la Faculté, et **Marcel Bresset**, externe des hôpitaux (1).

10. ACTION DE L'AIR. — Nous avons d'abord voulu voir si le péritoine exposé quelques instants à l'air ne subissait pas d'altération. Pour cela, après avoir fait une laparotomie large sur un chien, nous avons soigneusement sorti du ventre une anse intestinale avec son mésentère, et tenant l'anse par ses deux extrémités à l'abri de tout frottement, nous avons laissé le mésentère exposé à l'air du laboratoire pendant cinq minutes. Le mésentère a un peu perdu de sa transparence ; il estdevenu blanchâtre et légèrement opalin. Nous avons pris alors un fragment de mésentère; puis l'anse a été réduite avec les mêmes précautions, et 48 heures après nous avons repris un second fragment de mésentère, auprès du trou laissé par l'ablation du premier, c'est-à-dire en un point qui avait été certainement exposé à l'air. Les colorations des noyaux et les imprégnations au nitrate d'argent n'ont révélé aucune altération des cellules de ces deux pièces.

11. FROTTEMENTS. — Pour nous rendre compte de l'action des frottements, nous avons procédé de diverses façons. D'abord en tendant le mésentère par des tractions exercées sur l'anse intestinale, nous avons frotté sans violence les deux faces de ce mésentère avec un tampon de coton hydrophile un peu serré, c'est-à-dire dur. La préparation a été aussitôt plongée dans la solution de nitrate d'argent à 1 p. 200. Nous avons constaté que la presque totalité du revêtement endothélial avait été enlevée.

(1) Voir les *Annales de Gynécologie*, Janvier et Février 1891.

Dans d'autres expériences nous avons frotté toujours avec des tampons de coton hydrophile le mésentère non tendu, l'anse étant flottante, ou bien nous avons introduit plusieurs fois un tampon monté sur une pince dans la cavité abdominale, comme on le fait dans la toilette du péritoine. Enfin nous avons tiré hors du ventre une anse intestinale, et nous l'avons maintenue pendant cinq minutes entre deux compresses aseptiques de fine toile chauffées à 39°. Les lésions que l'on constate dans ces conditions sont extrêmement irrégulières, ainsi qu'il est aisé de le prévoir ; mais elles sont en somme peu importantes. Par places quelques cellules sont mécaniquement enlevées, mais en petit nombre. Celles qui restent ne présentent presque aucune altération.

Enfin nous avons fait quelques expériences avec les deux poudres antiseptiques, qui sont assez fréquemment employées dans les laparotomies, l'iodoforme et le salol.

12. Iodoforme. — Deux chiens de petite taille ont reçu chacun 0,50 centigr. de poudre d'iodoforme dans la cavité abdominale. Ils ont été sacrifiés au bout de 4 et 9 jours. Ni chez l'un, ni chez l'autre, il n'existait d'épanchement. Le péritoine et l'intestin avaient leur aspect normal. Toutefois chez l'un de ces animaux, nous avons trouvé une petite adhérence, large comme une lentille, entre l'épiploon et une anse intestinale. En détachant cette anse encore molle, nous avons trouvé dans son épaisseur quelques grains d'iodoforme. L'examen microscopique de quelques fragments de mésentère recueillis chez ces animaux n'a révélé aucune altération des cellules endothéliales. Mais il faut remarquer que 0,50 centigr. de poudre d'iodoforme ne représentent pas un gros volume et qu'il est possible que les parties du mésentère sur lesquelles notre examen a porté n'aient pas été en contact direct avec l'iodoforme.

13. Salol. — Deux chiens ont reçu l'un 1 gr., l'autre 2 gr. de salol. A l'autopsie, faite le quatrième jour, nous n'avons trouvé aucune altération macroscopique. Sur les pièces imprégnées de nitrate d'argent, nous n'avons trouvé aucune

altération notable des cellules de l'endothélium. Ce résultat a plus de valeur que pour l'iodoforme. Le salol a un poids spécifique si faible, que deux grammes font une masse relativement considérable et on peut supposer que, en quatre jours, les mouvements de l'intestin ont dû répandre la poudre un peu partout. Il faudrait donc conclure que le salol n'a pas d'action nocive sur les cellules du péritoine. D'autre part on peut en injecter dans la cavité abdominale des quantités énormes sans produire de phénomènes d'intoxication. En raison de ces deux faits, on est tenté de recommander chaudement l'usage du salol dans les laparotomies. Mais encore faudrait-il savoir s'il est efficace : ce point n'est pas établi. On admet généralement que le salol n'agit guère comme antiseptique qu'en se décomposant. Or, malgré la réation si sensible du perchlorure de fer, nous n'avons jamais pu révéler la présence d'acide salicylique dans le péritoine des chiens, cobayes, lapins qui avaient reçu des doses même considérables de salol. Il reste donc là un point douteux. Ajoutons que le salol introduit dans le péritoine ne s'élimine par les urines qu'avec une extrême lenteur.

Les recherches dont nous venons d'exposer les résultats sont fort délicates et d'un genre à peu près nouveau. Nous ne connaissons pas de travail ayant porté sur la pathologie cellulaire proprement dite, c'est-à-dire sur les altérations des cellules elles-mêmes. Ce qui rend en général ces recherches fort difficiles, c'est qu'avec nos moyens d'investigation nous ne pouvons guère étudier que la morphologie des éléments cellulaires. Tout un côté de la question, peut-être le plus important, nous échappe d'une manière complète. Les qualités morphologiques ne sont pas tout ; il y a côté d'elles les qualités chimiques que nous ne connaissons pas suffisamment. Il ne paraît pas douteux qu'une cellule puisse être physiologiquement détruite alors que sa forme n'a subi aucun changement. Ce qui est changé en elle, c'est sa composition chimique élémentaire.

Dans nos études, nous avons constaté des modifications

morphologiques, la rétraction de la cellule d'une part, sa desquamation d'autre part, et, en outre, une modification d'ordre probablement chimique, qui établit le lien entre ces deux altérations ultimes. Si nous avons pu saisir cette phase intermédiaire, cette altération chimique, c'est par ce que l'un de ses effets est de rendre le protoplasma cellulaire apte à fixer les sels d'argent, et qu'ainsi, la modification chimique est rendue par les réactifs morphologiquement appréciable.

Nous ne croyons pas qu'on puisse mettre en doute les résultats que nous avons obtenus. D'une part nous avons toujours employé la méthode comparative, examinant simultanément pour chaque animal des fragments de péritoine sain et des fragments de péritoine altéré, tous préparés exactement avec la même technique. D'autre part, dans toutes nos expériences multiples, nous avons toujours constaté les mêmes altérations pour la même substance. Que si l'on prétendait que la coloration grisâtre des cellules est tout simplement due à la réduction des sels d'argent par les liquides antiseptiques employés, nous répondrions que la coloration a bien pour siège l'intérieur de la cellule, qu'il s'agit incontestablement d'une imprégnation positive du protoplasma, et que la desquamation qui atteint ces cellules colorées du vivant même de l'animal prouve bien qu'elles sont gravement frappées.

Nous pouvons donc dire que tous les antiseptiques énergiques, même à doses faibles (acide phénique, sublimé, biiodure de mercure, acide salicylique) altèrent notablement les cellules endothéliales du péritoine en modifiant leur protoplasma.

La solution de Rotter est moins destructive.

Le violet de méthyle agit d'une autre façon en colorant les noyaux cellulaires sur l'animal vivant. Le résultat n'est sans doute pas meilleur.

L'acide borique, par contre, ne produit que des lésions nulles ou insignifiantes. Il altère moins que la solution de chlorure de sodium, qui, elle-même, altère moins que l'eau

distillée pure. Il y aurait donc avantage à employer les solutions boriquées dans les laparotomies.

L'iodoforme et le salol ne paraissent pas altérer le péritoine. Mais, dans ces conditions, les propriétés antiseptiques de ce dernier sont douteuses.

V

INFLUENCE DES ALTÉRATIONS PRODUITES PAR LES ANTISEPTIQUES SUR LA RÉSISTANCE DU PÉRITOINE A L'INFECTION. — Tels sont les résultats des examens histologiques : tous les antiseptiques énergiques altèrent les cellules endothéliales du péritoine. Si ce résultat n'est pas douteux, il n'en est pas de même de ses conséquences. Le sublimé, l'acide phénique produisent une desquamation rapide des cellules, mais cette desquamation n'est que partielle. Les cellules qui restent ont-elles encore un certain degré de résistance vitale ? Sont-elles capables de résister aux micro-organismes pathogènes soit par la phagocytose, soit par la sécrétion de substance toxique? Un péritoine qui a subi l'action des antiseptiques est-il moins bien défendu qu'un péritoine normal contre l'infection ? C'est là ce qu'il importerait le plus de savoir au point de vue pratique, et nous l'ignorons complètement. De tous les histologistes expérimentés que nous avons consultés, aucun n'a pu nous répondre à ce sujet. L'étude histologique de la vie cellulaire n'est pas assez avancée pour qu'on puisse résoudre cette question.

C'est devant cette impuissance de l'histologie, que nous avons conçu l'espoir d'arriver à cette importante solution en nous servant des microbes comme réactif.

Voici quel était le principe rationnel de cette nouvelle tentative.

Les recherches de Bumm, de Fraenkel (1), de Predöhl (2),

(1) FRAENKEL. *Munchener med. Wochensch.*, 14 janvier 1890, n° 2, p. 23.
(2) A. PREDOHL. *Eodem loco*, p. 22.

de Laruelle (1), ont établi que dans tous les cas de péritonite mortelle, on trouve des micro-organismes dans le péritoine. D'autre part la résistance du péritoine à l'infection déjà constatée par Wegner (2), a été expérimentalement démontrée par les travaux de Grawitz (3), de Pawlowsky (4), de Laruelle, de Herbert J. Waterhouse (5). Pawlowsky a pu produire des péritonites sur le lapin en injectant des cultures pures de microbes, mais il a constaté que les liquides aseptiques irritants favorisent grandement l'infection. Pour Grawitz, Laruelle et Waterhouse l'introduction de microbes pyogènes, même à dose élevée, dans le péritoine sain est absolument inoffensive. Pour qu'une péritonite se développe, il faut injecter en même temps que des microbes pyogènes, une substance irritante aseptique. Pour l'un l'action de la substance irritante est seulement favorable, pour les autres, elle est nécessaire : pour tous, elle est importante. Il était donc légitime de chercher si les antiseptiques étaient capables de jouer le rôle de cette substance irritante : les micro-organismes devenaient ainsi la pierre de touche de la résistance vitale des cellules.

Dans ses expériences, Laruelle s'était servi de matières fécales et surtout de bile stérilisée.

C'est cette dernière substance que nous avons utilisée et nous avons conçu le plan expérimental suivant : nous assurer de la résistance du péritoine aux micro-organismes ; puis voir si, sur des chiens de même taille et de même âge, la même dose de culture pure, qui seule ne produisait pas de lésions péritonéales, qui associée à la bile déterminait des péritonites, en déterminerait aussi sur le péritoine traité par

---

(1) LARUELLE. *La cellule*, t. V, 1er fasc., 1889, p. 61.

(2) G. WEGNER. *Verhand. d. deutsch. Gesellsch. f. chir. V. Kongres*, 1877, p. 1, 97.

(3) GRAWITZ. *Charité Annalen*, 1886, p. 776.

(4) A. D. PAWLOWSKY. *Cent. f. chir.*, 1887, n° 48, p. 881.

(5) H. J. WATERHOUSE. Th. d'Edinburgh, 1er avril 1889, et *Virchow's Archiv.*, t. CXIX, p. 342.

les antiseptiques. Par malheur ce plan expérimental n'a pu être complètement exécuté, parce que dans les conditions où nous nous trouvions, il ne nous a pas été possible de produire des séries de culture de virulence égale.

Nous avons pu constater comme tous les expérimentateurs l'incroyable résistance du péritoine à l'infection microbienne. Deux microbes ont été utilisés, le staphylococcus aureus et le bacterium coli commune. Avec ce dernier nous n'avons jamais pu produire de péritonite. Quelques animaux sont morts 8 ou 10 heures après l'injection, avec des symptômes manifestes d'intoxication, empoisonnés par les produits toxiques de la culture, mais sans lésions du péritoine. Avec le staphylococcus, nous avons réussi une seule fois à produire une péritonite mortelle en injectant 20 seringues de Koch d'une culture très virulente. L'animal est mort en moins de 20 heures. L'épiploon était violacé, noirâtre ; l'intestin fortement congestionné ; le mésentère présentait des ecchymoses ; enfin, il y avait un épanchement très abondant.

Un accident qui nous est survenu au cours de ces recherches prouve bien la résistance du péritoine. Un cobaye a succombé à une injection de staphylococcus aureus, que d'autres avaient supportée sans accident. A l'autopsie de cet animal nous avons constaté que l'injection avait été faite non pas dans le péritoine, mais dans le tissu cellulaire de la paroi abdominale. Nous nous servions, à ce moment-là, de canules mousses pour éviter la blessure de l'intestin. L'animal est mort deux jours et demi après l'injection avec un énorme phlegmon, qui remontait jusqu'au cou.

Quant aux expériences faites dans le but de comparer l'action de la bile et celle des antiseptiques, elle n'ont donné aucun résultat pour les raisons qui j'ai déjà dites.

En présence de ces difficultés presque insurmontables, nous avons voulu chercher au moins si l'effet de la bile sur les cellules péritonéales était du même ordre que celui des antiseptiques. Nous avons constaté les résultats suivants : La

bile recueillie 24 heures après la mort et stérilisée par la chaleur a été mise en contact pendant cinq minutes avec le mésentère. Au bout de ces cinq minutes, l'endothélium péritonéal a déjà complètement disparu. La figure 6 est la reproduction exacte d'un fragment de mésentère altéré par la bile. Au bout de 48 heures les mêmes altérations persistent. Dans tous les cas les cellules endothéliales des vaisseaux étaient absolument normales. Les altérations produites par la bile sont donc comparables, bien que plus rapides et plus intenses, à celles que produisent le sublimé et l'acide phénique.

Il s'ensuit que l'emploi des antiseptiques énergiques dans les la parotomies a de notables inconvénients lorsque le péritoine est sain. Ces antiseptiques peuvent diminuer la résistance de la séreuse et favoriser la production d'adhérences consécutives. Si le péritoine est antérieurement malade, si une péritonite grave a déjà altéré les cellules endothéliales, si la libération d'adhérences étendues d'une énorme tumeur en a déjà détruit le plus grand nombre, les inconvénients diminuent, et le lavage avec les solutions antiseptiques peut rendre des services. Mais dans les laparotomies où on trouve la surface péritonéale saine, ce qui n'est pas rare, nous croyons que :

1° Les antiseptiques énergiques (acide phénique, sublimé, biiodure de mercure, acide salicylique) offrent plus d'inconvénients que d'avantages. La solution de Rotter est moins nocive.

2° De tous les liquides employés dans les laparotomies, les solutions de chlorure de sodium à 6 ou 7 p. 1000, et les solutions d'acide borique à 3 p. 100 sont celles qui altèrent le moins le péritoine. La dernière paraît être la plus inoffensive.

3° L'iodoforme et le salol en poudre n'exercent que peu ou pas d'action sur l'endothélium. Il reste à savoir s'ils sont très antiseptiques dans ces conditions (1).

(1) Des expériences en cours d'exécution, depuis le mois de juin dernier, tendent à prouver qu'à ce point de vue les meilleurs liquides qu'on puisse employer sont les huiles.

REVUE GÉNÉRALE

LE MASSAGE A LA CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE DE L'UNIVERSITÉ DE MOSCOU

Par Mme **R. Boyer.**

A la Clinique de gynécologie que dirige, à Moscou, le professeur Snéguireff, une place considérable est faite au massage : un docteur masseur, Mr M.-M. Remizoff, auteur d'un mémoire « le Massage en gynécologie », Moscou, 1889, vient chaque matin pratiquer lui-même les applications. Les heureux résultats obtenus à cette clinique par ce procédé, qui décidément a conquis droit de cité parmi les moyens thérapeutiques de la gynécologie moderne, m'encouragent à décrire brièvement les indications qui en règlent l'emploi et les manœuvres qu'il nécessite.

Quand doit-on prescrire le massage? D'une façon générale, toute maladie gynécologique dans sa phase aiguë contre-indique ce traitement ; même contre-indication sévère dans les cas de grossesse, de tuberculose, de blennorrhagie, d'élévation de température. Par contre, on peut considérer comme tributaires du massage toutes les maladies chroniques de l'utérus et de ses annexes, se manifestant par une augmentation de volume, un changement de forme, une fixation vicieuse ; de même, les périmétrites, qu'elles soient adhésives ou exsudatives, les paramétrites, le prolapsus utérin à ses divers degrés, accompagné ou non de cystocèle ou de rectocèle.

Le traitement par le massage comprend deux phases : massage proprement dit, puis gymnastique.

Pour une séance de massage, la malade dont la vessie a été préalablement vidée, est placée sur un canapé bas, à demi couchée sur le dos (halbk rumliegende Stellung), la tête bien soulevée au moyen d'un chevet mobile, les cuisses

fléchies et légèrement écartées. L'opérateur se place du côté gauche de la malade sur un tabouret bas (il peut aussi, suivant qu'il le trouve plus aisé, se placer du côté droit), puis, sans découvrir la malade, par-dessous sa cuisse gauche, introduit dans le vagin ou le rectum l'index de la main gauche, l'introduction dans le rectum étant réservée aux cas d'antéflexion ou de rétroflexion; le pouce s'appuie sur la symphyse pubienne, les trois autres doigts s'appliquent, par leur face palmaire, contre la fesse gauche. Le massage proprement dit est accompli par la main restée libre. L'index gauche sert à la fois comme indicateur et comme fixateur; il soutient les parties malades, les rend plus accessibles à l'action de la main droite qui vient les atteindre à travers les parois abdominales : c'est ainsi, par exemple, que, dans les rétroversions, l'index de la main gauche, en appuyant sur la face antérieure du col, fait saillir la face postérieure de l'utérus.

En général, on commence le massage par les surfaces latérales de l'utérus. Notons, d'ailleurs, que, avant de masser les parties malades, l'opérateur fait un massage préparatif pour vider les vaisseaux lymphatiques et aussi pour faciliter, dans une certaine mesure, la résorption des produits pathologiques. La force et la durée du massage dépendent de la forme de l'affection; les maladies chroniques permettent un massage plus énergique et plus prolongé que les formes subaiguës.

Passons en revue quelques-uns des procédés le plus fréquemment usités à la clinique de Moscou.

1) *Périmétrite exsudative.* — On commence par masser les tissus qui entourent la tumeur, puis la périphérie de la tumeur elle-même; on attend que les douleurs aient cessé et que la tumeur ait diminué de volume : c'est alors seulement qu'on masse la partie centrale. Dans ce cas, comme nous l'avons dit plus haut, l'index de la main gauche est introduit dans le vagin. Le massage des maladies exsudatives doit s'effectuer avec une grande douceur : une brusquerie ma-

ladroite pourrait réveiller le processus inflammatoire.

2) *Rétroversion et antéversion.* — Le massage est particulièrement efficace contre les déviations qui s'accompagnent d'adhérences. Dans ces cas de rétroversion adhésive, l'opérateur commence précisément par détruire les adhérences ; pour cela, il introduit l'index de la main gauche dans le cul-de-sac postérieur en dépassant le fond de l'utérus ; puis, par de petits mouvements, il repousse doucement et progressivement l'utérus en avant ; en même temps la main droite masse la face postérieure de l'utérus et les adhérences à travers la paroi abdominale. Notons qu'après chaque séance la malade doit rester couchée 1/4 d'heure sur le ventre. Quand les adhérences se sont déjà résorbées, on fait le soulèvement de l'utérus, pour donner aux ligaments utérins plus de tonicité ; ce procédé sera décrit dans la manipulation du prolapsus utérin. S'il s'agit d'une rétroversion non adhésive, on replace l'utérus dans sa position normale et on pratique le soulèvement.

Même procédé pour l'antéversion.

3) *Rétroflexion et antéflexion.* — Le procédé est différent : L'index gauche est introduit dans le rectum, tandis que le pouce de la même main, introduit par le vagin et s'appuyant sur l'angle de flexion, repousse l'utérus dans la direction voulue ; en même temps la main droite atteint l'utérus à travers les parois abdominales ; c'est alors qu'on pratique le massage proprement dit, puis on fait le soulèvement de l'utérus.

4) *Prolapsus utérin.* — Le massage a pour but d'exciter l'activité des nerfs qui se rendent à l'utérus et d'augmenter la tonicité des ligaments utérins. Le premier résultat est obtenu par la manœuvre qu'on appelle tapottement (Klopfung) : la malade se tient debout appuyée contre une chaise ; l'opérateur, avec le bord interne de chaque main demi-fermée, pratique sur la région lombo-sacrée une série de petits coups ou tapottements. Quant à l'augmentation de tonicité des ligaments, on l'obtient par le soulèvement de l'utérus,

manœuvre qui ne peut être convenablement exécutée qu'à deux. La malade est couchée dans la position ordinaire du massage ; l'aide, assis sur le tabouret bas du côté gauche de la malade, soutient avec l'index de la main gauche introduit dans le vagin la portion antérieure du col : l'utérus rendu ainsi plus stable, ne se déplace pas en arrière pendant qu'on opère le soulèvement. L'opérateur, le pied droit reposant sur le sol, appuie le genou gauche sur la couchette entre les jambes de la malade ; puis, plaçant ses doigts la face palmaire tournée vers la malade, il les enfonce doucement, les fléchit, saisit l'utérus et le soulève, mouvement nettement senti par le doigt de l'aide.

On laisse l'utérus retomber lentement et on le soulève de nouveau, cette manipulation se répétant quatre fois par séance. Pendant cette manœuvre, les mains de l'opérateur restent tendues et son corps se penche de plus en plus à mesure que ses mains s'enfoncent plus profondément, de telle façon que sa figure finit par toucher presque celle de la malade.

5) *Cystocèle.* — On appuie sur la muqueuse prolabée l'index gauche et on la repousse doucement en haut, pendant que la main droite la masse à travers la paroi abdominale ; puis on pratique le soulèvement de l'utérus, pour provoquer des contractions des parois vaginales.

La gymnastique, une gymnastique rationnelle et appropriée aux circonstances pathologiques, est le complément indispensable d'un traitement par le massage. S'agit-il, par exemple, d'un prolapsus, la gymnastique consistera en l'accomplissement de mouvements d'écartement ou de rapprochement des genoux, mouvements accomplis par la malade tandis qu'un aide s'efforce de les contrarier ; ces mouvements, destinés surtout à mettre en action les adducteurs des cuisses, seront répétés une dizaine de fois par séance. Rentrée à la maison, la malade, deux fois par jour, exécutera couchée sur le dos, des mouvements *d'effort en dedans*, quinze ou vingt fois de suite.

Dans les cas de rétroversion, on conseillera à la malade de se placer dans la position génu-pectorale et de conserver cette position un quart d'heure au moins.

Telles sont les principales applications du massage gynécologique à la clinique de Moscou. Notons en terminant que le massage ne dispense point d'un traitement général : il convient de le considérer comme un adjuvant, mais un adjuvant d'une action efficace et parfois surprenante.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

M. SEGOND. — **Hystérectomie vaginale pour suppurations pelviennes** (1).

M. BOUILLY. — Nous devons remercier M. Segond de nous avoir donné des faits précis et une statistique certaine sur une opération nouvelle, peu connue dans la pratique. Je n'ai pas l'expérience de cette opération, mais je crois pouvoir adresser à M. Segond quelques objections de principe, tirées de ce que je sais sur les autres traitements.

Il y a quelques indications sur lesquelles nous serons absolument d'accord. La laparotomie ne donne pas grand'chose de bon pour les annexites chroniques avec adhérences diffuses, avec ouvertures fistuleuses, viscérales ou cutanées; de même pour les cas aigus où dominent la pelvi-péritonite ou les suppurations pelviennes extra-péritonéales. Nous serons alors heureux de trouver dans l'hystérectomie vaginale une opération efficace alors que jusqu'à présent nous étions à peu près désarmés. Mais ces cas sont exceptionnels; depuis un an, je n'en ai trouvé que 3 sur 33 suppurations pelviennes.

M. Segond veut aller plus loin, et substituer l'hystérectomie vaginale à la laparotomie pour toutes les pyo-salpingites bilatérales. Il insiste, avec raison, sur cette importance de la bilatéralité. Mais est-ce un diagnostic aisé à porter exactement ? N'arrive-t-il pas qu'on croie à une salpingite bilatérale et qu'on

(1) Voir p. 161.

trouve une seule poche ayant refoulé l'utérus du côté opposé? Mieux encore, cette poche peut être une hydro-salpingite; et même, les annexes étant saines, un petit kyste dermoïde. Dans les cas de ce genre, on serait désolé d'avoir sacrifié utérus et annexes.

Ici donc, je suis en désaccord avec M. Segond. Et même, pour les pyosalpingites avérées, je crois que la laparotomie convient à la majorité. L'an dernier, j'ai opéré 33 fois pour des lésions des annexes dont 23 pour pyosalpingite. Ces 23 cas seuls vont m'arrêter. Ces poches sont à envisager selon qu'elles sont moyennes, grosses ou petites.

Pour les petites, grosses comme le pouce, il y a peu d'adhérences, la laparotomie est très facile, très bénigne. Par le vagin serait-il aussi aisé de libérer une petite adhérence intestinale? Or, il le faudrait, car pour ces petites trompes il est nécessaire d'extirper et non de drainer. De plus, dans ces cas, il n'est pas rare que les annexes soient haut situées: l'abord vaginal serait bien pénible.

Pour les salpingites moyennes, de 300 à 400 gr., j'ai eu d'excellents résultats grâce au lavage avec l'eau bouillie et au tamponnement iodoformé. En 20 à 25 jours tout est fini et je pense qu'il vaut mieux enlever ces poches épaisses, tomenteuses plutôt que de les laisser. J'en dirai autant pour les grosses salpingites, dont j'ai 14 cas, mais je reconnais qu'ici l'hystérectomie vaginale peut avoir des indications.

Ces indications, je ne les ai discutées qu'une fois, pour une collection avec adhérences diffuses, ouverte dans le rectum et si j'avais eu l'habitude de l'hystérectomie, je l'aurais sans doute pratiquée. Ma malade d'ailleurs a guéri avec une fistule recto-vaginale. Chez une autre malade, j'aurais certainement mieux fait de recourir à l'hystérectomie car par la laparotomie j'ai dû laisser l'opération inachevée.

Ainsi, pour les cas sans adhérence diffuse, je crois la laparotomie meilleure pour les petites salpingites; bonne pour les grosses et moyennes.

Arrivons-en aux arguments de M. Segond. Je ne crois pas beaucoup, avec les incisions petites et la réunion immédiate, à la valeur de ceux qu'il tire de la cicatrice et du port de la cicatrice. Le point important, c'est la léthalité opératoire, et pour juger définitivement il faut des faits nombreux. Mais à tout prendre j'ai 4 décès sur 33 cas et M. Segond 4 sur 23; et je ferai observer

que de ces décès un seul concerne une grosse salpingite. Cette malade, morte de septicémie lente, je reconnais que l'hystérect omie l'eût peut être sauvée. Mais l'eût-elle pu chez une malade atteinte d'hémato-salpingite à laquelle j'ai oublié une compresse dans le ventre? Chez une autre, il s'agissait d'une salpingite catarrhale et non purulente. Chez une troisième, enfin, au 8e jour un lavement provoqua une péritonite mortelle en 48 heures : il y avait eu une perforation intestinale et le lavement aura rompu une adhérence.

La laparotomie d'autre part est plus facile : M. Segond nous déclare que l'hystérectomie exige un manuel absolument sévère, qu'elle aboutit à des durées de 2 h. à 3 h. ce qui à mon sens est, en principe, la condamnation d'une opération.

M. Segond pense que les résultats définitifs seront meilleurs. Je lui accorde que le curage utérin secondaire sera sûrement inutile. Mais ce n'est presque jamais après une pyo-salpingite qu'il est utile. Comme je l'ai dit au congrès international (voy. *Annales*, 1890, t. IV p. 119) après les laparotomies pour pyo-salpingites les résultats fonctionnels sont excellents.

En résumé, je crois que M. Segond nous a exposé une méthode destinée à faire son chemin dans le monde ; mais on doit limiter son indication aux poches non susceptibles d'extirpation et, sauf cela, la laparotomie reste pour moi l'opération de choix.

M. Richelot. — Je féliciterai M. Segond d'avoir rendu positif, clair et admissible ce qui ne reposait que sur des assertions sans preuves. Mais je crois qu'il s'est laissé un peu trop entraîner dans ses indications.

Je suis, en somme, du même avis que M. Bouilly. La mortalité de 4/23 de M. Segond n'est pas moindre que celle de la laparotomie : sur 165 laparotomies pour lésion des annexes, j'en ai une trentaine pour pyo-salpingite avec 4 décès, et c'est la proportion moyenne. Et M. Segond n'arrivera probablement pas à mieux quand il sera plus habile, car c'est à sa 12e opération qu'il a eu son premier insuccès.

M. Segond dira : il y a des statistiques sans mortalité. Je répondrai non, il n'y en a pas, et je donnerai des preuves à l'appui, j'ai vu, il y a quelques jours, un praticien de Paris dont trois clientes ont été opérées ainsi : une est morte, et j'ajouterai que les deux autres ne sont pas guéries, cette persistance des accidents n'est pas étonnante, car les femmes ont toujours un magma morbide dans leur péritoine.

M. Segond est un peu trop enthousiaste ; plus même que M. Péan, qui a proposé la laparotomie à une demi-mondaine que je connais. Et cette femme, malgré sa profession, n'a pas objecté la cicatrice abdominale. Cette objection, on ne me l'a faite pour aucune de mes laparotomies. Quant aux métrites persistantes, je pense comme M. Bouilly qu'elles sont rares dans les cas de pyosalpingite.

Mon intention n'est cependant pas de condamner la méthode : je lui reconnais des indications et c'est certainement grâce à M. Segond.

M. Richelot termine par ces indications, d'après son opinion « actuelle », dont il n'hésitera pas à changer au besoin. En somme, il pense exactement comme M. Bouilly. L'hystérectomie vaginale doit être réservée aux suppurations non extirpables, avec adhérences diffuses, cas dont le diagnostic est en général possible.

M. Bazy est du même avis et donne les mêmes arguments que les deux orateurs précédents. Il insiste sur la nécessité de n'enlever ainsi l'utérus que quand on est bien certain que la fonction génératrice est définitivement perdue. Il donne une indication spéciale que les auteurs précédents n'ont pas mise en relief : l'existence d'une fistule vaginale.

A. B.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séances de décembre et de janvier.

Porak au nom du Dr Narich (de Smyrne). **Deux cas de présentation du siège décomplété, mode des fesses, etc.**

Obs. I. — X... 30 ans, Vpare (4 accouchements spontanés par le sommet) ; 5e accouchement, à terme, fœtus en S.I.D.A, siège décomplété, mode des fesses. Le 3e jour, la femme étant épuisée et les doubles battements fœtaux très affaiblis, terminaison manuelle de l'accouchement ; extraction d'un enfant qui pesait 7 kilogr. 1/2 et qui succomba malgré des tentatives prolongées pour le sauver. Délivrance artificielle. La température prise après l'accouchement, s'élevait à 40° ; cependant, grâce aux soins antiseptiques l'accouchée, guérie, quittait le lit le 30e jour après l'accouchement.

Obs. II. — X..., IIpare (1er accouchement, normal, par le sommet) 2e accouchement, siège décomplété, mode des fesses en S.I.D.P. Comme la région pelvienne ne s'engageait pas et que les bruits

fœtaux faiblissaient, terminaison de l'accouchement avec le forceps. Au moment de l'application de l'instrument, le sacrum regardait directement en arrière. Les cuillères, au lieu de saisir franchement les cuisses, prirent leur point d'appui sur les trochanters et les crêtes iliaques du fœtus ; cette prise qui permit l'extraction, ne s'établit qu'après 3 glissements de l'instrument, glissements très modérés en raison de la prudence mise dans les tractions. *Mère et enfants sauvés*, celui-ci présentait 3 marques superposées, correspondant aux trois étapes faites par les becs des cuillères. L'auteur pense que les *crêtes iliaques et le diamètre bitrochantérien* ont, *tous deux*, contribué au succès de l'opération, et que leur utilisation simultanée, au lieu de ne chercher à saisir, conformément au conseil donné par Olivier, que le diamètrre bitrochantérien, serait de nature à prévenir plus efficacement le glissement et à augmenter l'efficacité du forceps.

LOVIOT. **Rigidité anatomique de l'orifice utérin pendant le travail.** — X..., 20 ans, primipare, début du travail à terme, travail prolongé, dilatation comme la paume de la main, orifice souple et dilatable en arrière, épais, résistant, comme du cuir bouilli en avant, aucun progrès dans la dilatation au bout de plusieurs heures ; application de forceps, tractions très prudentes, et extraction facile d'un enfant de volume moyen, vivant. Malgré la lenteur des tractions, déchirure du col dont un lambeau long de 3 cent. 1/2, large de 1 cent. flottait dans le vagin ; apparition 36 heures après l'accouchement, d'un ictère qui ne céda que vers le 20e jour. *Guérison*. L'auteur désirerait connaître l'avis de la Société sur la meilleure conduite à suivre dans les cas de rigidité totale ou partielle de l'orifice utérin.

Discussion. PAJOT conseille d'avoir recours, mais seulement en dernier ressort, aux incisions sur le col. Circonstance curieuse à noter, pendant une épidémie de fièvre puerpérale, deux femmes présentèrent de la rigidité. Dubois leur fit à toutes deux des incisions, et elles se remirent très bien. CHARPENTIER, est moins partisan des incisions. Dans un cas, observé avec Blot, ils pratiquèrent en plusieurs temps, 6 incisions, qui ne suffirent d'ailleurs pas. Il fallut appliquer le forceps, le col se déchira et la femme mourut. PAJOT ne voit là qu'un cas tout à fait exceptionnel. BONNAIRE croit, comme PAJOT, que les petites incisions du col, surtout avec l'antisepsie, sont peu dangereuses. Il rappelle, en outre, sans la con-

seiller, la méthode exposée par Dührssen au congrès de Berlin et qui consiste à mener des incisions multiples, allant jusqu'aux culs-de-sac vaginaux.

LUTAUD. **Cas de menstruation précoce chez une enfant de 7 ans.** — Règles établies depuis trois mois. Seins hypertrophiés ; taille un peu plus élevée que ne le comporte l'âge.

JOUIN. **Considérations cliniques sur deux cas de métrite avec utérus septus.** — Ces deux cas sont fort intéressants et ont été l'occasion de multiples erreurs de diagnostic. OBS. 1. — Femme, âgée de 20 ans, réglée à 14 ans, et mariée 3 mois auparavant. Depuis son mariage, douleurs abdominales considérables, coït douloureux, devenu même impossible, à cause de la douleur, dans les derniers temps. Soignée par son médecin pour une métrite, elle ne bénéficie en aucune sorte d'un traitement en apparence très rationnel. Une consultation est provoquée, et un médecin des hôpitaux conclut à une : périmétrite, reliquat d'un abcès rétro-utérin ayant évolué pendant la jeunesse et à la nécessité de la laparotomie, suivie peut être de l'extirpation des ovaires. C'est après cette consultation, que l'auteur fut consulté. A la suite de ses premiers examens, il se range au diagnostic émis par les autres confrères et institue, en conséquence, un traitement approprié. Or, au bout d'un certain temps, la cliente présente une hémorrhagie telle qu'il pense à la possibilité d'une fausse couche. Mais, pratiquant le toucher, il constate, avec surprise, que le doigt explorateur n'est pas taché par le sang. En examinant de plus près, il reconnait alors que le vagin est divisé en deux loges par une cloison, qui se continue dans l'utérus, qu'il existe en somme 2 cavités cervicales et utérines.

C'est précisément la dépression correspondant à l'un des orifices sentie à travers le septum vésical, et faisant suite à une masse reliée au corps utérin du côté opposé qui avait donné lieu à l'erreur de diagnostic. Il s'agissait, en réalité, d'une *endométrite développée dans la cavité droite d'un utérus septus.* Obs. II. X..., 38 ans, a eu 3 enfants. Depuis longtemps, elle était soignée, sans succès, d'ailleurs, pour une métrite chronique, lorsqu'elle consulta l'auteur qui, également, fit ce même diagnostic, ayant constaté outre les symptômes ordinaires de la métrite, le col rappelant celui des vieilles métrites parenchymateuses et une cavité utérine de 8 cent. 1/2. C'est seulement *à la cinquième séance*, son attention étant éveillée par la situation de l'orifice externe qui lui parut

singulièrement changé, et surtout par le souvenir de l'observation précédente, qu'il constata un utérus septus ; la seconde cavité utérine mesurait 6 cent. 1/2 ; diagnostic, *métrite dans l'utérus droit d'un utérus septus*. L'auteur, dans l'analyse de ces 2 faits intéressants, appuie sur les considérations suivantes ; l'utérus *septus* est plus exposé qu'un utérus normal aux processus pathologiques ; les 2 observations précédentes paraissent favorables à l'opinion de ceux qui subordonnent l'inflammation de la matrice, exclusivement, à l'infection, car, dans les 2 cas, la lésion n'existait que dans l'utérus actif ; l'anomalie de développement paraît rendre le processus pathologique beaucoup plus rebelle ; enfin, l'erreur de diagnostic est presque inévitable si l'on ne songe pas à la possibilité de cette anomalie, qui sans doute doit passer le plus souvent inaperçue.

PORAK. — **Prolapsus de l'utérus et allongement hypertrophique du col compliquant la grossesse, avortement à 4 mois**, etc. — La femme qui fait le sujet de cette observation, se présenta à l'hôpital, à 3 mois d'une seconde grossesse, parce qu'elle éprouvait de violentes douleurs rénales et de la rétention d'urine. On constata que le col proéminait de 5 cent. au delà de la vulve, que l'orifice externe, siège d'une érosion, était entr'ouvert, sans que le doigt explorateur pût arriver jusque sur l'œuf. Le col très long (8 cent.) présentant une mollesse spéciale, ayant plutôt les caractères de l'œdème que du ramollissement physiologique, faisait un angle droit avec le corps de la matrice, celui-ci étant presque horizontalement couché suivant le diamètre antéro-postérieur et dépassant par sa face postérieure, très accessibie au palper, la symphyse du pubis. Après cathétérisme vésical, il fut facile de faire rentrer le col dans le vagin, par contre les tentatives faites pour corriger l'antéflexion exagérée de l'utérus échouèrent, le fond de l'organe semblait être invariablement fixé. Quelques jours plus tard, le col était un peu moins long et un peu plus résistant, par suite sans doute de la disposition de l'œdème. Environ un mois après, avortement, malgré le traitement institué, et expulsion d'un fœtus. pesant 320 grammes ; rétention du placenta qui, grâce aux soins antiseptiques, sans doute, ne détermina aucun accident. Ce n'est qu'un peu plus d'un mois après, la femme voulant absolument quitter l'hôpital, qu'on procéda à l'extraction du délivre. 2 grosses tiges de laminaire, rendues parfaitement aseptiques, ayant été

introduites dans le col, elles déterminèrent des contractions qui aboutirent à l'expulsion d'un placenta absolument frais, auquel était appendu une portion de cordon, longue de 10 cent. et dans laquelle la gélatine de Warton avait conservé sa transparence. Or, ces conditions anatomiques, contrairement à l'opinion défendue par Doléris, semblent démontrer que, pour restreinte que soit la vitalité de la partie fœtale du placenta, elle n'est cependant pas tont à fait suspendue.

Discussion: PAJOT met en relief le fait, qui s'ajoute à beaucoup d'autres semblables, de la grossesse survenue malgré une hypertrophie considérable du col et une antéflexion extrême. Ce sont là des conditions anatomiques dont on exagère à tort l'influence pathogénique par rapport à la stérilité, il faut donc, dans un ménage stérile, chercher non seulement la femme, mais aussi l'homme ; souvent ce n'est pas la matrice qui est malade, c'est le testicule du mari. GUÉNIOT pense qu'il ne s'agit pas, dans le cas actuel, d'une affection préexistante à la grossesse mais consécutive, d'un *allongement œdémateux avec prolapsus du col utérin* (1). BAR interprète plutôt le cas dans le sens d'un allongement hypertrophique du col, d'une maladie de Huguier compliquée de grossesse. LE PILEUR tout en admettant la justesse des remarques faites par Pajot, admet que la femme est maintes fois la cause de la stérilité bien que les signes objectifs fassent défaut; il s'agit souvent de salpingites gonorrhéiques, produisant l'oblitération des trompes. PAJOT reconnait qu'il en peut être ainsi. Mais, en semblables conditions, on ne fait tout au plus qu'une hypothèse. On en peut faire une autre : de même qu'il y a des spermatozoïdes inaptes à féconder, ne peut-il se trouvor des ovules infécondables ?

CROUSAT. — **Un cas de rétrécissement considérable de la portion inférieure du vagin chez une femme présentant une grossesse gémellaire.**

LABUSQUIÈRE. — **Observation d'ictère après l'accouchement.** — Ictère *émotif*, constaté 36 heures environ après l'accouchement, chez une primipare très impressionnable. L'accouchement avait dû être terminé par une application de forceps. Les urines et le lait fournirent les réactions caractéristiques de la présence des

(1) GUÉNIOT. « De l'allongement œdémateux avec prolapsus du col utérin pendant la grossesse et l'accouchement ». *Arch. gén. de méd.*, 1872.

éléments de la bile. Le 15e jour après l'accouchement, il n'y avait plus d'éléments biliaires dans le lait, et l'enfant put être mis au sein. Quand à l'ictère de la mère, son effacement coïncida avec des démangeaisons cutanées assez vives et une légère poussée d'urticaire.

Discussion. JOUIN a également observé à l'hôpital St-Louis, un ictère consécutif à un accouchement laborieux qui fut rapporté aux émotions éprouvées par la mère.

Dr CHEVRIER lit un mémoire intitulé : **Parallèle des phénomènes consécutifs à l'énucléation par voie abdominale et à l'hystérectomie supravaginale dans certains cas de fibromes utérins.**

R. L.

REVUE ANALYTIQUE

I. — MALADIES DES VOIES URINAIRES CHEZ LA FEMME

Note sur une opération contre l'incontinence d'urine chez la femme, par E. DESNOS. *Ann. des mal. des org. génito-urin.*, juin 1890, t. VIII, p. 344.

Chez une femme, atteinte d'incontinence à la suite d'une dilatation du col vésical faite pour faciliter l'extraction d'un petit calcul, Desnos après échec de l'électrisation qui n'amenait que des améliorations passagères, se proposa de resserrer la partie la plus postérieure de l'urèthre. Ayant mis à nu la face inférieure de l'urèthre, il passe, à l'aide d'une aiguille très courbe, un fil de catgut double sur la face pubienne du canal. Après avoir noué les bouts, il les serra suffisamment pour qu'une sonde no 15 placée dans le canal fut mollement serrée. Pendant les 15 premiers jours l'incontinence cessa d'exister, mais elle reparut au bout de 3 semaines.

H. H.

L'incontinence d'urine chez les jeunes filles et les femmes. (The non ritention of urine in young girls and women), par H. MARION SIMS, de New-York. *Am. J. of Obs.*, 1889, p. 917.

Sims ne traite pas des cas de cystite et de tumeurs vésicales. Il parle surtout « de la contraction graduelle du réservoir urinaire, et de sa réduction à un petit volume ».

L'auteur raconte l'histoire d'une fille de 17 ans, qui se mouillait *constamment* la nuit, et ne pouvait rester plus de 1/4 d'heure le jour, sans vider sa vessie. La muqueuse présentait des plis profonds.

Graduellement, par des injections répétées journellement, Sims, commençant par une injection de 45 gr. d'eau tiède, arriva à faire pénétrer dans la vessie, 540 gr. de liquide. Sims cite 3 autres cas de succès, obtenus de même par la dilatation hydrostatique progressive de la vessie.

A. Cordes.

Incontinence d'urine chez la femme. (Die Behandlung der Enuresis durch Dehnung der Blasen-Schliessmuskulatur), par M. Saenger. *Arch. f. Gynäk.*, 1890, t. XXXVIII, p. 324.

Saenger conseille une sorte de massage de l'urèthre et du sphincter avec une sonde de femme bien aseptique. La sonde une fois introduite, on la fait mouvoir en bas, puis des deux côtés de façon à bien sentir la résistance élastique des fibres musculaires. On exerce ainsi une sorte de dilatation, mais on a soin de ne pas triompher définitivement du sphincter que l'on excite en somme. C'est donc, malgré le titre du mémoire, une sorte de massage plutôt qu'une dilatation et Saenger établit d'ailleurs un parallèle avec le massage par la méthode de Thure Brandt.

A. Broca.

Prolapsus de l'urèthre chez la femme et cystocèle vraie ou hernie vésico-vaginale. (Prolapse of the female urethre and true cystocéle or vesico-vaginal hernia), par Mundé. *Am. J. of Obst.*, juin 1890, p. 614.

Cas I. — Prolapsus de l'urèthre. Mundé fit l'ablation avec les ciseaux, de la partie prolabée et fit une suture fine des bords de la plaie. Guérison au bout d'une semaine.

Mundé cite un cas de hernie vaginale de la vessie. La malade examinée à la Policlinique, ne revint pas se faire opérer. Une belle planche coloriée illustre ce mémoire.

A. Cordes.

Uréthrocèle chez la femme, par Heyder. *Arch. f. Gynäk.*, 1890, t. XXXVIII, p. 313.

L'uréthrocèle chez la femme n'était guère connue en Allemagne, et la seule observation allemande connue est un fait de G. Simon, relaté par Winckel. Heyder publie donc un cas recueilli dans le

service de Saenger et il résume les descriptions données en France surtout par S. Duplay et ses élèves Piedpremier et Brinon. Saenger a pratiqué la résection de la poche suivie de suture des lèvres de la plaie et a obtenu un succès. Heyder insiste surtout, en terminant, sur la théorie pathogénique de Saenger. Pour cet auteur, il faut incriminer une déchirure transversale partielle de la musculeuse uréthrale, sous l'influence de l'accouchement, le travail ayant été long.

A. BROCA.

Des tumeurs polypoïdes papillaires de l'urèthre chez la femme, par SCHWARTZ, in *Semaine médicale*, 1889, p. 186.

Les papillomes de l'urèthre semblent déterminés par toutes les causes d'excitation et de congestion, la blennorrhagie en particulier, ils siègent ordinairement dans la partie antérieure du canal, près du méat. Leurs symptômes sont quelquefois nuls ; d'autres fois ils consistent en phénomènes douloureux, écoulement sanguin entre les mictions ou au moment des mictions, troubles de la miction. Ils sont quelquefois si sensibles que le moindre attouchement provoque une crise douloureuse très violente. Pour les enlever on fendra la paroi inférieure du canal en se tenant en dehors de la tumeur ; puis, écartant comme deux valves les deux parois, droite et gauche, on enlèvera le néoplasme, soit avec des ciseaux, soit avec le thermocautère ; suture du canal au crin de Florence, compresses boriquées.

H. H.

L'urèthre féminin, fréquence des accidents qui y ont leur point de départ. (The female urethra ; a source of trouble often overlooked in our gynæcological investigation), par K. P. MOORE. In *The Atlanta medic. and surgic. Journ.*, septembre 1890, t. VII, p. 385.

Moore insiste, à propos d'une observation personnelle, sur ce fait, que certaines tumeurs uréthrales sont le point de départ de troubles nerveux divers, arrivant à faire de la malade une véritable infirme. Le plus souvent on a affaire dans ces cas à des angiomes papillaires ; ce qui augmente l'intérêt de ces cas, c'est que quelquefois il n'existe aucun symptôme fonctionnel ni du côté de l'urèthre, ni du côté de la vessie ; tout se réduit à des troubles réflexes, d'où des confusions fréquentes et des diagnostics erronés d'affection utérine.

En regard de cette catégorie de faits on peut en placer d'autres, dans lesquels il s'agit de néoplasmes pour ainsi dire sans symptômes.

H. H.

Endoscopie vésicale appliquée à l'extraction des corps étrangers, par TUFFIER et JANET. *Ann. des mal. des org. gén-urin*, Paris, déc. 1889, t. VII, p. 726.

Avec le cystoscope de Nitze on put voir chez une jeune fille de 18 ans, une épingle à cheveux fixée par ses deux pointes sur la partie latérale droite de la vessie se tenant debout quoique légèrement inclinée vers la gauche au milieu de cet organe. Avec un petit crochet mousse, glissé entre la paroi uréthrale et le tube du cystoscope, M. Tuffier put accrocher l'épingle puis l'extraire après avoir préalablement enlevé le cystoscope.

H. H.

Études sur quelques cas de corps étrangers de la vessie, par P. BAZY. *Ann. des mal. des org. gén-urin.*, janv. 1891, t. IX, p. 1.

OBS. I. — F. de 65 ans, peloton de gros fil de lin constituant le centre d'un calcul. Lithotritie.

OBS. II. — F. de 30 ans, manche de crochet à dentelle : Extraction avec une pince après avoir préalablement engagé le corps étranger dans l'urèthre à l'aide du redresseur Collin.

OBS. III. — F. de 20 ans, crayon, extraction avec une pince après écrasement des incrustations calcaires.

Ces faits montrent l'excellence de l'extraction par les voies naturelles.

H. H.

Prostatisme chez la femme, par E. CHEVALIER. *Ann. des mal. des org. génito-urin.*, janvier 1891, t. IX, p. 49.

Il existerait chez la femme comme chez l'homme un état vésical lié à l'artério-sclérose et absolument comparable à celui décrit chez l'homme sous le nom de prostatisme. Le fait n'a rien qui doive étonner, si l'on se rappelle cette vérité bien établie par M. Guyon que les accidents dits prostatiques ne dépendent en général pas de l'hypertrophie prostatique, mais d'un ensemble d'altérations portant sur tout l'arbre urinaire, et dépendant de l'artériosclérose.

Une observation à l'appui.

H. H.

Cystite et grossesse. (Pregnancy cystitis), par PARVIN. In *Medical Standard*, Chicago, mars 1890, t. VII, p. 66.

Femme de 18 ans, accouchée depuis 10 mois et qui a commencé à se plaindre de dysurie au troisième mois de sa grossesse : au moment de l'examen, les mictions sont très fréquentes, l'urine est alcaline et purulente. L'auteur fait remarquer que cette complication est relativement fréquente et l'attribue comme Monod, à une congestion des parois vésicales : il préconise les lavages vésicaux faits avec une solution légèrement acide.

P. NOGUÈS.

De l'exfoliation de la vessie chez la femme. (Exfoliation of the bladder in the female). HAULTAIN. *Edinb. med. J.*, juin 1890, p. 1122.

Une femme âgée de 26 ans, IVpare, entre à l'hôpital se plaignant de douleurs hypogastriques, et d'incontinence d'urine. A l'examen on constate : 1° une tumeur abdominale constituée par la vessie distendue ; 2° un utérus gravide, à 4 mois de grossesse, et incarcéré. Le cathétérisme donne issue à environ 3 litres de liquide brunâtre et fétide. On réduit ensuite l'utérus incarcéré, réduction qui réussit, mais qui est suivie d'avortement. Le traitement consiste en lavages antiseptiques de la vessie. La femme quitte l'hôpital 37 jours après son admission, n'éprouvant plus de douleurs, mais toujours sujette à de l'incontinence d'urine. Huit jours après elle y revient, parce qu'elle a ressenti de nouvelles douleurs. L'incontinence d'urine existe toujours, la rétention d'urine s'est reproduite ; de plus on constate à la vulve la présence d'une membrane épaisse qui se continue à travers l'urèthre. Le cathétérisme donne encore issue à près de 3 litres de liquide fétide ; après quoi, à l'aide de légères tractions, on extrait la membrane en question, que l'examen microscopique démontre être la paroi vésicale, expulsée dans toute son épaisseur, et sur laquelle adhère encore une portion du revêtement péritonéal. De nouveau, le traitement consiste en lavages antiseptiques. 18 mois après l'intervention la femme n'accusait plus que de l'incontinence d'urine.

A l'occasion de ce fait, l'auteur étudie la pathogénie de la nécrose et de l'exfoliation de la vessie. Pour lui, l'accident résulte de la compression des vaisseaux du col de la vessie. Dans le cas de rétention d'urine, c'est le poids de la colonne d'urine qui agit sur les veines du col, la circulation en retour est seule compromise ; quand la complication est associée au travail de l'accouchement,

elle est l'effet de la compression à la fois des artères et des veines. Dans le 1er cas, le processus est lent, dans le second rapide.

R. L.

De la participaticn de la vessie aux états inflammatoires et aux néoplasmes des organes génitaux féminins. (Ueber die Betheiligung der Harnblase an den entzundlichen Zuständen und Neubildungen der Weiblichen genitalorgane). G. Lindemann. *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, 1890. Hft 18, Bd II, p. 197.

Avant d'aborder les questions qui font l'objet principal de son travail, l'auteur étudie, très en détail, l'anatomie de la vessie, situation, vascularisation, innervation..., en mettant bien en évidence les connexions intimes, vasculaires et nerveuses, partant la solidarité physiologique et pathologique de la vessie et des organes voisins, également les formes diverses qu'elle affecte, et, à ce sujet, il rappelle cette notion intéressante introduite par Freund: *règle générale, l'arrêt de développement n'intéresse pas seulement un organe mais une série d'organes, parfois même tout l'organisme.* Ainsi, quand un sujet présente des signes extérieurs d'infantilisme, il est permis de conclure à de l'hypoplasie des organes internes. Une direction anormalement rectiligne de la colonne vertébrale, une inclinaison médiocre du bassin, le développement imparfait des organes génitaux, sont de nature à éveiller l'attention sur la possibilité d'anomalies de développement des organes génito-urinaires, par exemple. Et, de fait, on peut rencontrer chez de tels sujets, la clinique le démontre, des vessies ovalaires, cylindriques et terminées en pointe par en haut. L'auteur étudie aussi, très en détail, le tissu cellulaire pelvieu, que, d'après Freund, il subdivise en deux portions: l'une, composée de tractus extrêmement durs, semblables à des fascias, et entourant étroitement la vessie, le vagin et le rectum; l'autre, s'étendant à la périphérie de la première et constituée par du tissu cellulaire plus lâche, toutes les deux émanant de tissus similaires du voisinage.

En somme, chez une femme bien développée, la vessie, *vide*, affecte sur une coupe sagittale, médiane, la forme V ou Y si on la représente avec l'urèthre. Le paragraphe se termine par l'exposition de la technique en cours à la « *Frauenklinik* » de Strasbourg, pour l'exploration de la vessie.

« Indépendamment de l'examen bimanuel pratiqué sur la vessie dans laquelle on a injecté une quantité donnée de liquide, on utilise l'exploration avec le cathéter. Un peu d'habitude permet

de se faire, rapidement, une idée exacte de la forme de la vessie, et aussi, notion souvent de haute importance, de percevoir les rugosités sur sa surface interne et de se renseigner sur la contractilité de sa paroi.

Si l'on introduit un cathéter à grande courbure autour de la symphyse, à travers l'urèthre, dans la vessie, et qu'on évacue l'urine, la main placée sur la paroi abdominale, sent le bord du cathéter, sur une largeur de 1-2 cent. au-dessus de la symphyse, quand on pousse l'instrument en haut tout en abaissant le manche en bas. Mais dès qu'on abandonne celui-ci, il se relève, la paroi vésicale supérieure repoussant en bas, en se contractant, le bec du cathéter. Si l'on suit, sur la ligne médiane, la paroi supérieure, on arrive bientôt au point où la paroi supérieure s'infléchit à angle aigu vers la paroi inférieure. Simultanément, on éprouve en arrière une résistance très nette ; c'est le col de l'utérus auquel la vessie est fixée. Cette portion de la vessie jouant un rôle important dans les changements de forme, mérite un nom spécial, *saillie cervicale* (Cervixzipfel).

De chaque côté du col, le cathéter tombe dans une dépression dirigée en arrière, qui s'enfonce dans le paramétrium. Ces deux *saillies latérales* (Seitenzipfel) de la vessie sont caractéristiques et particulièrement dessinées chez les femmes bien développées. Elles se laissent, à l'état normal, repousser davantage en arrière, mais pour reprendre leur place, en vertu de l'élasticité de leur paroi, dès qu'on cesse la pression. Si, de ces points, on fait courir le cathéter sur les côtés de la vessie, le long de la paroi pelvienne osseuse, il est possible d'apprécier l'étendue de la vessie en largeur ; ce que l'auteur appelle l'*espace latéral* (Seitenraum). La paroi antérieure et inférieure est à la vérité difficile, sinon impossible à explorer, mais, heureusement, cela importe peu.

Or, s'il est possible de se rendre compte, par ce procédé, de la configuration de la vessie normale, il ne doit pas être difficile de reconnaître, encore grâce à lui, les anomalies de forme que cet organe peut présenter. »

II

Influence des processus inflammatoires des organes voisins sur la vessie. — Les états inflammatoires des organes génitaux se traduisent souvent par une irritabilité exagérée de la vessie. Et, sans qu'il soit possible de constater une affection nette de cet

organe, on observe néanmoins des envies fréquentes d'uriner, de la strangurie, de l'ischurie. Ces troubles fonctionnels, conformément à l'opinion de Bandl, ont vraisemblablement leur point de départ, « *dans l'irritation ou les tiraillements des nerfs vésicaux ou dans les restes d'un état inflammatoire, ou dans un processus phlegmasique actuel évoluant entre l'utérus et la vessie* ». Il faut, d'une part, faire intervenir les phénomènes de congestion collatérale, et, d'autre part, les altérations de forme produites par les tumeurs inflammatoires.

Les connexions vasculaires entre la vessie et l'utérus expliquent très simplement, la solidarité pathologique de ces deux organes. Scanzoni déclare que les infarctus chroniques de l'utérus s'accompagnent de dilatations variqueuses des vaisseaux veineux des organes voisins, en particulier de la vessie. En général, on observe comme complication de la *métrite chronique*, une irritabilité de la vessie, d'ailleurs légère. Car ce n'est souvent que par un interrogatoire minutieux qu'on apprend des malades qu'ils ont des envies fréquentes d'uriner, qu'ils sont obligés de se lever plusieurs fois la nuit. Lorsqu'il existe en même temps que la métrite, de la rétroversion de l'utérus, ce n'est point le déplacement de la matrice qui produit les troubles urinaires, mais bien la congestion existante. Si, en effet, l'on fait prendre aux malades, un quart d'heure à demi-heure environ avant les mictions, la position génu-pectorale, position qui favorise, comme on le sait, la décongestion des organes pelviens, ils déclarent qu'ils urinent beaucoup plus facilement et sans souffrir. La métrite, quand elle n'est pas compliquée de rétroversion, modifie très peu la forme de la vessie ; c'est à peine si le col épaissi accentue, à un léger degré, la saillie cervicale (cervixzipfel).

Les *processus inflammatoires du tissu pelvien*, les *exsudats collectés dans les culs-de-sac de Douglas* sont cause au contraire de déplacement, de tiraillement marqués. On peut dire que la fonction urinaire est d'autant plus troublée que le processus inflammatoire est plus rapproché de la vessie, et qu'il affecte une étendue plus grande du péritoine. *L'ischurie, quand elle n'a pas sa cause dans la vessie, a une valeur diagnostique aussi grande par rapport à l'irritation du péritoine pelvien, que les vomissements, qui manquent en certains cas, par rapport à la péritonite.* On observe pourtant des exsudats périmétriques, durs, développés peu à peu, silencieusement, qui ne donnent jamais

lieu à des rétentions complètes d'urine, bien que causant, de temps à autre, du ténesme vésical.

Modifications de forme produites par des exsudats développés dans le cul-de-sac de Douglas. Le changement morphologique consiste essentiellement en un aplatissement de la vessie. Le liquide collecté en arrière de l'utérus le repousse, lui et ses annexes, en avant. La vessie, aplatie du fait de cette pression, se déforme de telle façon qu'elle présente, au lieu d'une face supérieure et inférieure, une face antérieure et postérieure. Ce n'est pas tout, le liquide exsudé dans les culs-de-sac de Douglas, gagne les points les plus déclives, arrive en contact avec le vagin qu'il déplace en avant et *soulève*, ce canal étant fixé invariablement en bas et en avant. Puis, le niveau du liquide s'élevant, l'utérus, qui peut-être considéré comme la prolongation du vagin, se trouve lui-même soulevé, avant de subir la pression directe d'arrière en avant qui se produit un peu plus tard. Naturellement, la vessie suit ce mouvement d'ascension.

Ovaires atteints d'ovarite chronique et prolabés dans le cul-de-sac de Douglas. — Dans ces conditions, la vessie se trouve encore comprimée d'arrière en avant. Les saillies latérales (seitenzipfel) subissent une altération de forme en rapport avec la ou les tumeurs situées en arrière, il est même possible, assez souvent, avec le cathéter introduit dans la vessie, de reconnaître et de contourner les ovaires prolabés. Quand l'affection est unilatérale, l'utérus en général est refoulé du côté opposé, la saillie latérale (zeitenzipfel) qui correspond à l'ovaire malade est aplatie et étirée de sorte que la portion de la vessie correspondante, affecte une forme en entonnoir, à extrémité tournée vers la paroi pelvienne. Ces états se compliquent de troubles urinaires, habituellement passagers, et dont il est difficile de dire s'ils tiennent à une irritation du revêtement péritonéal qui de l'ovaire se prolonge sur la vessie, ou s'ils sont sous la dépendance des conditions spéciales incriminées dans les cas de métrite. Enfin, dans l'ovarite nettement chronique, il faut, dans l'étiologie des troubles urinaires, faire intervenir, pour une certaine part, les adhérences qui s'établissent entre l'ovaire et la paroi postérieure de la vessie.

Processus inflammatoires qui se développent dans le paramétrium. — Ces processus ont de la tendance à envahir le tissu paravésical; ils tiraillent la vessie. Aussi, *a priori*, on inclinerait à admettre qu'ils doivent troubler, sérieusement, les fonctions

urinaires. Il est loin d'en être ainsi. Il arrive, en effet, souvent, que des exsudats considérables, s'accompagnant durant des semaines de réaction fébrile et effaçant la moitié du réservoir urinaire, n'ont aucune action fâcheuse sur les mictions. Par contre, il est des phlegmasies chroniques, des processus atrophiques du tissu connectif qui rendent les mictions extrêmement douloureuses.

Quand un exsudat se fait dans le *tissu conjonctif lâche périphérique* du bassin, quand il survient un phlegmon pelvien, la vessie se trouve naturellement comprimée du côté malade, des deux quand l'affection est bilatérale. Les altérations de forme que subit la vessie, sont, évidemment, en rapport avec l'étendue et la topographie de l'affection, et il est possible de s'en faire une idée exacte par l'exploration avec le cathéter. Des processus qui se développent dans le *tissu conjontif, résistant*, c'est la *paramétrite chronique, atrophique*, qui altère le plus la forme de la vessie. Il y a, habituellement, dislocation de l'utérus déplacement latéral de cet organe, et déformation consécutive de la vessie. Si l'on explore celle-ci avec le cathéter en prenant comme point d'orientation la saillie cervicale (Cervixzipfel), on reconnait qu'une des portions latérales de l'organe est plus petite que l'autre. Les deux saillies latérales (Seitenzipfel) sont en général effacées, parce qu'en arrière de l'une d'elles, il y a un tissu induré, et que le paramétrium de l'autre côté est étiré, tendu par l'utérus, de sorte que l'organe creux situé en avant ne peut pas pousser de prolongement en arrière. Quand l'utérus lui-même s'atrophie, la saillie cervicale, l'*impressio uterina* s'efface aussi. Enfin, si le tissu conjonctif paravésical s'atrophie, se rétracte, le côté correspondant de la paroi vésicale se trouve tiraillé, et cette portion de la vessie se déforme en entonnoir. De plus, l'exploration avec le cathéter démontre qu'elle a, à ce niveau, perdu son élasticité.

III

Dans un dernier et très intéressant paragraphe, l'auteur passe en revue les effets des tumeurs ayant leur point de départ dans les organes génitaux, sur la vessie. En général, ils se traduisent par des altérations de forme, et il est rare que la fonction urinaire soit troublée. Suivant la juste remarque de Martin, « en ces conditions, la flexibilité, la souplesse spéciale de la vessie entre en jeu : quand il y a de grosses tumeurs, elle se développe d'un côté ou de l'autre, et la fonction urinaire s'accomplit régulièrement ». Il est

bien évident, toutefois, que si la tumeur dévie ou comprime l'urèthre, il en résultera du ténesme ou de l'ischurie. Ces cas sont caractérisés par le fait qu'il est toujours difficile de conduire le cathéter dans la vessie : l'utérus gravide en rétroversion est un exemple de ces tumeurs.

Les altérations de forme de la vessie, associées à des néoplasmes en voie d'accroissement, offrent un grand intérêt pour le chirurgien. Tout opérateur, en effet, sait combien fréquemment, dans une laparotomie, on court le risque de déchirer ou d'inciser la vessie.

D'après Olshausen, ce risque existe surtout quand la vessie est refoulée haut, en avant de la tumeur. Hofmeier écrit que « lorsqu'il s'agit de tumeurs parties de la face antérieure de l'utérus, il faut soigneusement veiller, en incisant la paroi abdominale, à ne pas léser la vessie, parce qu'elle peut être, avec le revêtement péritonéal. attirée fortement en haut ». Les remarques précédentes témoignent suffisamment de l'importance pratique qu'il y a à bien connaître les multiples altérations de forme de la vessie, que l'auteur, d'ailleurs, passe très minutieusement en revue.

R. L.

Un cas de fistule urétéro-vaginale. (Ein Fall von Ureter-Scheidenfistel). GUSSEROW, *Charité Annalen*, XV. Jahrg.

La fistule urétéro-vaginale était jadis une affection des plus rares. Aujourd'hui, elle est beaucoup plus fréquente parce qu'elle compte parmi les complications possibles, de l'extirpation totale de l'utérus par le vagin, opération devenue si commune. L'uretère est pris, par exemple, dans une ligature qui amène sa section, ou bien l'abouchement de l'uretère dans le vagin ne se produit qu'au moment où l'on enlève les ligatures. Sur un total de 54 hystérectomies (49 par le vagin, 5 par la méthode combinée, laparotomie, ouverture des culs-de-sac vaginaux antérieur et postérieur), Gusserow a observé un cas de ce genre, à la suite de l'extirpation de la matrice, pour un cancer du corps, chez une femme de 53 ans. Le lendemain même de l'opération, l'opérée accusa de la douleur dans la région hypogastrique gauche. Le 3e jour, l'urine était sanguinolente, et dans la soirée, il y eut des douleurs violentes, semblables à des coliques. L'urine, après filtration, contenait une petite proportion d'albumine. A partir du 5e jour, malgré des mictions spontanées, la malade se trouvait constamment mouillée, et le 21e jour, on constata formellement, qu'il s'écoulait de l'urine au niveau de la plaie vaginale, parfaitement cicatrisée du reste.

D'autre part, des injections poussées dans la vessie, établirent l'intégrité absolue de ce dernier organe.

3 mois environ après l'hystérectomie, première tentative pour parer aux conséquences de la fistule urétéro-vaginale. Dans ce but, création au niveau du cul-de-sac supérieur d'une fistule vésico-vaginale, et, après cicatrisation des bords de la fistule, kolpokleisis. 7 jours après, se faisait subitement par le vagin une grande débâcle d'urine, et l'on reconnut qu'il s'était produit au niveau du cloisonnement artificiel une solution de continuité. Détail à noter, malgré l'écoulement continu d'urine par le vagin, la femme émettait régulièrement de l'urine par l'urèthre. D'autre part, après avoir dilaté la solution de continuité, on constata que la fistule vésico-vaginale, chirurgicalement établie, avait guéri spontanément. Dans une deuxième tentative opératoire, on ne se contenta pas d'inciser la vessie mais on enleva un fragment de la paroi vésicale, et l'on sutura les bords de la perte de substance. Les sutures furent enlevées 8 jours après, et l'on mit en place un drain volumineux, traversant la fistule et destiné à assurer le complet écoulement de l'urine. La femme quitta l'hôpital se croyant complètement guérie ; elle ne perdait pas une goutte d'urine, et les mictions étaient spontanées et indolores. Un an après, elle y retournait, et l'on reconnut la présence dans le réservoir urinaire, vaginal, de nombreux calculs dont l'extraction, pratiquée en partie par la vessie et en partie par le vagin, grâce à l'incision de la cloison artificielle, fut particuliérement laborieuse. Les bords de l'incision vaginale ayant été suturés, on plaça un drain qui de l'urèthre, et à travers la fistule vésico-vaginale, aboutissait à cette incision.

R. L.

Contribution à l'étude du traitement de la cystocèle vaginale, par VATON. *Gaz. hebd. des sc. méd.* Bordeaux, janvier 1891, p. 7.

Dans les cystocèles simples Vaton conseille soit l'opération de Stolz soit la cystopexie extra-péritonéale. Pour la cystocèle compliquée : *a)* d'uréthrocèle : opération d'Emmet mais avec avivement du lambeau central ; *b)* de prolapsus utérin : colporyntomie jointe à l'Alexander avec ou sans trachélorraphie ; *c)* de rectocèle : opération de Stolz puis colporrhaphie postérieure ; *d)* de rectocèle et de prolapsus utérin : opération de Stolz et avivement de Hegar (si le prolapsus utérin est trop considérable, opération d'Alexander).

P. MAUCLAIRE.

Destruction totale de l'urèthre chez la femme, causes et traitement, par FRŒLICH. Th. de Nancy, 1891.

Du traitement de la destruction de l'urèthre chez la femme, par HEYDENREICH. *Semaine médicale,* 11 mars, 1891, p. 85.

Frœlich, à propos d'une femme traitée dans le service de M. Heydenreich pour une rupture complète de l'urèthre consécutive à l'extraction par le canal d'un calcul vésical, a réuni les observations éparses de destuction de l'urèthre. Pour remédier à celle-ci on a eu recours à des interventions variées qu'on peut classer en six groupes :

1° Restaurer la paroi de l'urèthre avec ses débris, soit par avivement et suture des bords de la déchirure, soit par remise en place du septum uréthro-vaginal détaché par le traumatisme.

2° Restauration avec des lambeaux pris sur le vagin des deux côtés du canal uréthral.

3° Lambeau taillé dans la cloison vésico-vaginale.

4° Lambeau pris sur les petites lèvres.

5° Fermer toute communication entre la vessie et le vagin, donner issue à l'urine par une voie artificielle, une fistule sous ou suspubienne qu'on maintiendra fermée à l'aide d'un compresseur spécial.

6° Occlusion du vagin après création d'une fistule recto-vaginale. Suture et oblitération presque totale du vagin ne laissant subsister qu'un canal étroit destiné à remplacer l'urèthre.

On devra évidemment toujours commencer par tenter la restauration du canal, recourant aux procédés les plus simples d'abord, combinant même au besoin les diverses méthodes. Chez sa malade, Heydenreich a reconstitué la partie inférieure de l'urèthre par la suture simple ; le reste de la déchirure à l'aide d'un lambeau taillé dans la cloison vésico-vaginale, enfin il a allongé l'urèthre en avant aux dépens des petites lèvres. Il est utile dans des cas pareils, en face de désordres considérables de faire des opérations complexes et de procéder par temps successifs.

Alors même qu'on a réussi à reconstituer un canal, il persiste quelquefois de l'incontinence que l'on peut traiter soit par l'opération spéciale que préconise Pawlik (1), soit par le port du com-

(1) Pawlik excise en forme de fer a cheval, les tissus voisins de l'urèthre ; le méat est situé dans la concavité du fer à cheval ; la branche transversale du fer à cheval se trouve entre le clitoris et le méat, cette excision terminée Pawlik en suture les bords. Les sutures placées sur les branches latérales du

presseur Trélat, qui ferme l'urèthre par une petite pelote d'ivoire portée au bout d'un ressort. H. H.

Des opérations des fistules vésico-vaginales, etc. (Uber Blasenscheidenfisteloperationen, etc.) TRENDELENBURG. *Samml. klinisch. Vorträge*, n° 355.

Pour les fistules inopérables par le vagin, l'auteur a suivi la voie vésicale, en utilisant les avantages que crée, pour ces sortes d'opérations, la position élevée du siège. Dans les 2 premiers cas, il a échoué, mais, dans le troisième, il a obtenu une guérison complète.

OPÉRATION : Au niveau du bord supérieur de la symphyse, incision transversale d'environ 10 cent ; désinsertions des muscles droits de la symphyse et ouverture de l'espace prévésical. Introduction d'un cathéter dans la vessie. Incision transversale de 5-6 cent. de la paroi antérieure de la vessie au-dessous du repli péritonéal. Suture du bord supérieur de la plaie vésicale par quelques points de suture provisoires à la lèvre correspondante de l'incision abdominale ; quant au bord inférieur de la plaie vésicale il est traversé par quelques fils dont les extrémités armées d'objets pesants l'attirent en bas et latéralement, ce qui permet d'inspecter facilement l'intérieur de la vessie. Avivement infundibuliforme de la fistule, et application de 6 points de suture de crin de Florence, pour éviter de léser ou d'intéresser l'uretère au cours de l'opération on avait eu soin d'introduire dans ce canal une fine sonde destinée à servir de point de repère. Les fils furent noués du côté vésical. On procéda alors à l'enlèvement des ligatures provisoires jetées sur la lèvre supérieure de la plaie vésicale, puis on sutura les 2 lèvres de cette plaie à l'aide de 2 séries de sutures à points séparés, la dernière suivant la méthode de Lembert. Un orifice destiné à liver passage à un drain vésical en forme de T, fut ménagé sur la ligne médiane. Lavage de la vessie avec une solution de sublimé à 1 p. 5000 ; la femme étant dans le décubitus abdominal. Occlusion de la plaie abdominale, à l'exception d'un orifice médian pour le passage du drain, et de 2 orifices latéraux qui servirent à drainer l'espace prévésical au moyen de lanières de gaze iodoformée.

---

fer à cheval tendent transversalement le canal, tandis que les fils appliqués sur la branche transversale tirent le canal en haut et l'allongent. Les parois de l'urèthre se trouvent dès lors étroitement appliquées l'une contre l'autre et cette tension s'oppose à l'écoulement de l'urine.

L'opérée fut placée ensuite dans le décubitus latéral. Suites opératoires presque sans phénomènes réactionnels : Temp. *maxima* le 4e jour, 38°,4. Urines peu modifiées, lavages ; à l'intérieur, de l'acide camphorique. Enlèvement du drain vésical le 16e jour. A partir du 21e jour, plus d'écoulement d'urine par la plaie de l'abdomen. L'urine peut-être retenue pendant 1/2 heure ; 4 semaines après l'opération, l'urine est retenue pendant 1 heure ; 7 semaines après l'opération, elle peut être retenue de 2 à 3 heures.

Plus tard, après sa sortie de l'hôpital, la femme fut sujette à des douleurs et à du ténesme vésicals, phénomènes qui étaient liés à la formation de calculs qui avaient eu pour point de départ, les nœuds des fils appliqués sur la fistule, nœuds qui étaient dans l'intérieur de la vessie. Ces accidents cessèrent après l'extraction des calculs, pratiquée à travers l'urèthre dilaté. *Guérison complète.*

L'auteur insiste sur 2 points importants : Nouer les fils du côté du vagin, pour éviter la formation des calculs ; s'efforcer de maintenir les urines acides, et à cet effet, administrer à l'intérieur de l'acide camphorique. R. L.

De l'opération des fistules cervico-vésicales par la voie vésicale. (Zur Operation der Blasen-Cervixfisteln von der Blase aus). P. BAUM. *Arch. f. Gyn.*, 1891. Bd XXXIX, Hft 3, p. 492.

Relation d'un cas de fistule cervico-vésicale. Après une première tentative, infructueuse, par le vagin, l'auteur suivit exactement la technique adoptée par Trendelenburg. Mais, s'il réussit à obtenir l'occlusion de cette fistule, il eut le désagrément d'en voir une se former, et persister malgré les tentatives opératoires, au niveau de la plaie abdominale.

R. L.

II. — TUMEURS DU TISSU CONJONCTIF DU BASSIN. — PERINÉOTOMIE.

Des kystes dermoïdes du tissu conjonctif du bassin, et du traitement des tumeurs pelviennes par la périnéotomie. (Ueber dermoidcysten des Beckenbindegewebes und operation von Beckengeschwülsten durch Perineotomie), par M. SAENGER. *Arch. f. Gynäk.* vol. XXXVII, fasc. 1, p. 100, 1890.

Saenger donne d'abord une observation qui concerne une femme de 42 ans. Il a pu réunir onze cas (en y comprenant le sien), de kystes dermoïdes de tissu cellulaire du bassin. Ils occupaient 3 fois le tissu cellulaire compris entre le rectum et le sacrum, 1 fois celui qui est situé entre le rectum et le coccyx, 3 fois l'espace sous-péri-

tonéal gauche, 2 fois cet espace et le tissu cellulaire rétro-rectal, 1 fois l'espace sous-péritonéal droit, 1 fois la partie supérieure du septum recto-vaginal. Le caractère très particulier de ces kystes est qu'ils ne pénètrent jamais dans le ligament large. Lorsqu'ils le soulèvent, c'est en masse, sans le dédoubler. Et d'ordinaire ils ont plus de tendance à évoluer par en bas. Ils sont irrégulièrement arrondis avec des saillies et des dépressions, habituellement uniques et à parois minces. Leur structure est très simple, surtout en comparaison de celle des kystes dermoïdes de l'ovaire. Leur marche est lente. Bien des abcès péri-rectaux ne sont peut-être que des kystes dermoïdes ouverts dans le rectum. En somme, ce qui caractérise ces kystes, c'est la minceur de leur paroi, la simplicité de leur structure, leur siège dans le tissu cellulaire, la manière dont ils se comportent vis-à-vis des ligaments larges, et ce fait qu'on a trouvé quelquefois à côté d'eux les ovaires absolument sains. Ils forment un groupe aussi nettement caractérisé que les kystes dermoïdes de l'occiput ou de l'orbite. Au point de vue obstétrical, ils sont intéressants, car ils mettent souvent obstacle à l'accouchement ; au point de vue opératoire, ils doivent et peuvent être opérés par la voie extra-péritonéale sans ouverture de péritoine. Dans son cas personnel, Saenger a extirpé le kyste avec succès par la périnéotomie.

La périnéotomie de Saenger diffère de celle qu'a proposée Zuckerkandl. Au lieu d'inciser transversalement, il fait une incision longitudinale, à égale distance de l'ischion et de l'anus, qui commence au niveau du tiers postérieur de la grande lèvre et se termine à deux centim. en arrière de l'anus. L'incision transversale bilatérale de O. Zuckerkandl a l'inconvénient de détruire complètement le releveur de l'anus, ce qui n'est pas sans danger pour la statique des organes pelviens. Saenger ne pense pas que la voie périnéale puisse remplacer la voie vaginale pour l'hystérectomie, mais elle devient la méthode de choix pour l'extirpation de certaines tumeurs (kystes, tumeurs, abcès ou hématomes du tissu conjonctif, myômes cervicaux, kystes ovariques ou paraovariques intraligamenteux, tumeurs consécutives à des malformations des organes génitaux, hæmatocolpos, hæmatometros unilatéraux, hématocèles rétro-utérines et abcès de pelvi-péritonite). Contrairement à ce qui a lieu chez l'homme, la vessie paraît être en dehors de la voie périnéale. Sænger pense pourtant qu'elle peut être atteinte par cette voie de même que la portion supravaginale des uretères. Ses recherches sur ce sujet ne sont pas encore terminées.

Dans un court appendice, Saenger propose de faire la résection du sacrum dans les cas où le diamètre antéro-postérieur du bassin est seul rétréci, lorsque la tête est trop engagée pour qu'on puisse faire l'opération césarienne.

PIERRE DELBET.

III. — OBSTÉTRIQUE. VARIA

Des causes et des conséquences de la rupture des membranes à des moments divers (1) (Ueber Ursachen und Folgen des Eihautrisses in verschiedenen Zeitpunkten), H. EISENHART. *Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd XXXV, Hft 3, p. 386.

Ce travail est basé sur des faits observés à la clinique de Munich durant les années 1884, 1885, 1886. Il correspond à 2289 accouchements, dont 382 concernant des primipares, 1407 des multipares. En voici les conclusions :

1) Le plus souvent la poche des eaux se rompt chez les primi- et plurigestes durant la première période de l'accouchement, puis au cours de la 2e période, et ensuite à la fin de la 1re période l'orifice externe étant complètement dilaté.

2) Chez les pluripares les membranes se rompent d'autant plus facilement que le travail fait plus de progrès, tandis que chez les primipares, lorsqu'elles ne se rupturent pas prématurément, elles se conservent souvent intactes jusque dans la 2e période.

3) La rupture précoce des membranes est beaucoup plus fréquente chez les primipares que chez les *pluri-* et *multipares* (*Pluri- und multiparen*).

4) Chez les *pluri*pares (2-5 accouchements) l'écoulement des eaux se produit le plus souvent à une période assez avancée du travail (fin de la 1re période et au cours de la 2e période) ; chez les *multi*pares (plus de 5 accouchements), il se fait souvent dans les premiers moments du travail (avant la dilatation complète de l'orifice).

5) Chez les primipares, l'âge exerce une influence nette sur le moment de la rupture. Elle a lieu d'autant plus hâtivement que la parturiente est plus âgée, d'autant plus tardivement, qu'elle est

(1) D'une manière générale, on accepte que la poche des eaux a pour mission d'effectuer la dilatation. Donc, la dilatation étant faite, la poche peut se rompre. C'est la rupture, *à temps* (a. *rechtzeitige*). Mais, elle peut se rompre avant, soit entre le début du travail et la dilatation complète (b. *frühzeitige*), soit avant le début du travail (c. *vorzeitige*) ; nous traduirons ces 3 dénominations de l'auteu allemand par les suivantes : a) *à temps ;* b) *précoce ;* c) *prématurée.*

plus jeune. Chez les pluripares, la rupture précoce est assez rare avant 30 ans, passé cet âge, elle devient plus fréquente.

6) La constitution générale des parturientes est sans influence sur le moment de la rupture des membranes.

7) Quand il y a sténose pelvienne, les eaux, dans la plupart des cas, s'écoulent prématurément ou précocement.

8) Les écoulements purulents des organes génitaux favorisent, d'une manière générale, la rupture précoce de la poche des eaux, principalement chez les pluripares.

9) Les maladies aiguës intercurrentes paraissent n'influer aucunement sur le moment de la rupture de la poche des eaux ; parmi les maladies chroniques, la chlorose, la tuberculose et l'anémie semblent au contraire la précipiter. La syphilis n'aurait aucune influence.

10) L'éclampsie détermine, la plupart du temps, l'écoulement précoce des eaux.

11) L'écoulement précoce des eaux chez les femmes avec présentations vicieuses de l'enfant est d'un tiers plus fréquent que dans les présentations du sommet, et l'écoulement prématuré est deux fois plus commun.

12) Le sexe de l'enfant n'a aucune influence.

13) A mesure que le poids de l'enfant augmente, la fréquence de la rupture prématurée des membranes décroît constamment chez les primi- et les pluripares. Conformément à cette observation, quand les enfants sont volumineux, la poche se rompt à temps ou même tardivement.

14) La longueur de l'enfant paraît n'avoir qu'une importance très secondaire.

15) Dans les cas de grossesse gémellaire et d'hydramnios la rupture prématurée paraît être deux fois plus fréquente que la rupture à temps.

16) La durée de l'accouchement chez les primipares est d'autant plus longue que la poche des eaux se rompt plus tardivement; de même chez les multipares, les accouchements les plus rapides sont, en moyenne, ceux où les eaux se sont écoulées avant le début des douleurs. Mais quand l'écoulement des eaux n'a pas lieu à ce moment, les choses se passent à l'inverse de ce qui a lieu chez les primipares, l'accouchement est d'autant plus court que la rupture de la poche des eaux est plus tardive.

17) L'apparition de contractions utérines faibles est surtout rare dans les cas de rupture prématurée des membranes et cela est bien

en rapport avec la rapidité de l'accouchement; au contraire, on l'observe le plus souvent quand la rupture est tardive. Par contre, c'est la première éventualité qui s'accompagne le plus souvent de contractions très douloureuses tandis qu'elles sont le moins communes quand la rupture des membranes se fait *à temps*.

18) Les hémorrhagies de la délivrance sont chez les primipares d'autant plus rares que la rupture de la poche est plus tardive; chez les multipares elles sont en général moins fréquentes dans les accouchements où la rupture est précoce que dans ceux où elle est tardive.

19) Les lésions importantes des parties molles sont rares dans les accouchements où la poche des eaux se rupture avant le début des contractions ou durant la seconde période ; elles sont au contraire le plus fréquentes lorsque cette rupture se produit après le début du travail, mais avant que la dilatation ait les dimensions d'une pièce de trois marks, ainsi quand elle est précoce.

20) C'est surtout dans les accouchements, où il y a écoulement prématuré des eaux, que des opérations obstétricales deviennent nécessaires; cette nécessité s'impose le moins souvent quand la rupture des membranes a lieu à temps.

21) Les phénomènes d'hyperthermie durant les suites de couches se rencontrent surtout lorsque la rupture des membranes a été prématurée; ils sont d'autant plus rares que la rupture a été plus tardive.

22) La rupture précoce ou prématurée coïncide rarement avec des fœtus macérés, mais, on observe avec elle un plus grand nombre d'enfants nés en état d'asphyxie ou de mort réelle que lorsque la rupture a lieu à temps ou tardivement. R. L.

BIBLIOGRAPHIE

L'asepsie et l'antisepsie à l'hôpital Bichat. Service de chirurgie de M. F. Terrier, par M. Baudouin, Paris, Lecrosnier, 1891.

Dans ce travail des plus intéressants, M. M. Baudouin nous montre comment, par des améliorations, successives, M. Terrier est arrivé de 1883 à 1889, à créer à l'hôpital Bichat sinon un service modèle du moins un service dont les résultats ne le cèdent en rien à ceux des meilleurs hôpitaux étrangers.

L'installation des salles, les substances employées pour les pansements, les étuves à stérilisation, etc., se trouvent très complètement décrites dans la première partie de l'ouvrage qui constitue, en

quelque sorte, un traité de l'asepsie et de l'antisepsie en chirurgie.

Dans une deuxième partie, utile à consulter pour tous les praticiens, M. Baudouin passe en revue la manière de rendre aseptiques les diverses régions sur lesquelles on peut avoir à opérer. L'antisepsie de la peau, celle du nez, de l'œil, de l'oreille, de la bouche, de l'intestin, du rectum, du vagin et de l'utérus, des voies urinaires, forment autant de chapitres des plus importants.

L'ouvrage se termine par la statistique intégrale de toutes les opérations faites à l'hôpital Bichat depuis sa fondation, seul moyen de prouver, par les chiffres, la valeur incontestable de la pratique suivie. Une liste, malheureusement très incomplète, des travaux publiés par l'école de Bichat termine le livre de M. Baudouin, qui, nous l'espérons, montrera aux étrangers qu'il y a en France, quoi qu'on en ait dit, des chirurgiens marchant de l'avant.

Gymnastique gynécologique et traitement manuel des maladies de l'utérus et de ses annexes, par A. JENTZER et M. BOURCART. Genève, H. Georg et Paris Carré, 1891.

Cet ouvrage est, au dire des auteurs, le seul travail français exposant complètement et exactement la pratique du célèbre masseur suédois Thure Brandt. Il traite de la gymnastique gynécologique et comprend à la fois l'étude du massage ou des mouvements passifs et celle de la gymnastique ou des mouvements actifs ; la réunion de ces deux variétés de mouvements étant nécessaire si l'on veut modifier avantageusement l'état général en même temps que l'état local des malheureuses affligées d'une affection génitale. Aussi cet ouvrage comprend-il deux parties. La gymnastique et le massage. De nombreuses figures montrent d'une manière claire les attitudes et les mouvements, que doivent connaître, ceux qui pourraient désirer recourir à cette méthode de traitement.

Transactions of the american gynecological Society, vol. XV, 1890. Philadelphie.

Le volume qui contient le compte rendu des communications faites au congrès annuel de l'Association gynécologique américaine en 1890, vient de paraître. Il ne le cède en rien à ses devanciers. Dans notre prochain numéro nous donnerons l'analyse des divers travaux qui s'y trouvent contenus.

Le gérant: G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET C[ie], HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Avril 1891

TRAVAUX ORIGINAUX

SUR LES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DE L'ABLATION DES ANNEXES UTÉRINES (1)

Par le Dr **Lawson Tait** (de Birmingham).

Il est admis aujourd'hui, dans tous les pays où l'on fait de la chirurgie scientifique, que certaines maladies des annexes utérines ne cèdent qu'à l'ablation. Si l'on veut sauver la vie des malades, soulager leurs souffrances intolérables et rebelles à tout autre traitement, ou simplement atténuer les symptômes qui enlèvent à l'existence toute apparence de santé et de bien-être, c'est à cette opération qu'il faut avoir recours. Nous avons à considérer ici jusqu'à quel point on peut justifier cette intervention : 1° par la réduction qu'elle réalise sur la mortalité, et 2° par ses effets éloignés.

Je crois avoir répondu d'une façon péremptoire à la première question par la publication de statistiques, dûment contrôlées, qui ont démontré que la mortalité immédiate peut être réduite à moins de 3 pour 100. Je pense donc qu'aucune objection sérieuse ne saurait être soulevée de ce chef.

Il est moins facile de répondre à la seconde question, c'est probablement pour cela qu'il se produit de temps à autre des protestations énergiques, mais, selon moi, hors de propos, contre l'opération en elle-même. Il me semble, en effet, que

(1) Communication faite au *Congrès français de chirurgie*.

ces protestations auraient plus de portée pratique, si elles visaient à limiter les indications de cette opération au lieu d'attaquer l'opération en elle-même.

Lorsque, pour la première fois, la Faculté s'est sérieusement préoccupée de cette opération, et lorsque j'ai donné, en détail, les indications qui me paraissaient en autoriser l'emploi, mes confrères se sont partagés en deux camps, avec deux opinions bien tranchées, toutes deux erronées selon moi.

Une opinion nettement hostile à mes propositions s'est produite d'abord; et ceux qui la soutenaient, affectaient, tout simplement, de fermer les yeux sur tout ce qu'on avait démontré sur les maladies des annexes utérines, ainsi que sur les effets de l'ablation de ces organes dans certaines maladies de la matrice. Le nombre de ces opposants systématiques a diminué avec le temps et il ne compte plus aujourd'hui, en Angleterre, que quelques accoucheurs, mécontents de leur sort et qui, ne sachant opérer, ne voudraient pas voir leur cabinet de consultation perdre un certain nombre de clientes riches, atteintes de maladies chroniques que le chirurgien parviendrait à guérir promptement et relativement à peu de frais. Le dernier cri de ce genre a été poussé par les deux accoucheurs de Saint Bartholomews'Hospital et de University College sous la forme d'une sorte de lettre encyclique qui, par son assurance insolente, ne le cède en rien à l'édit le plus dogmatique du Grand-Inquisiteur du Saint-Office.

D'autres de mes confrères envisageaient l'ablation des annexes utérines comme une opération à faire. Leurs arguments étaient moins embarrassants mais plus dangereux. Ils ont la manie des opérations, sans avoir jamais pu saisir les grands principes de la chirurgie. Ils se sont contentés de formuler comme règle générale que la seule chose à faire, chaque fois qu'on se trouvait en présence d'une femme atteinte de maladie pelvienne, c'était de lui enlever les annexes utérines. Il en est résulté nombre d'opérations superflues, résultat qui paraît inévitable au début de tout procédé nouveau en chirurgie.

Malheureusement, on compliqua encore davantage cette question de l'ablation des annexes utérines par l'application à la femme de certaines données physiologiques tirées d'observations faites chez les animaux, sans avoir pris la peine de chercher préalablement les rapports qui peuvent exister entre la physiologie de la femme et celle des animaux. Cela a eu pour effet de conduire à des conclusions d'un côté tout à fait ridicules et contraires aux faits bien établis, en ce qui concerne les animaux, et d'un autre côté reconnues justes, dans de certaines limites, par rapport à la femme. Ainsi, il est parfaitement admis pour les animaux, comme pour les êtres humains, que l'ablation des annexes de l'utérus et des organes correspondants chez le mâle avant la puberté, coupe court à l'évolution de l'individualité sexuelle. Un résultat, entre autres, de ce fait indéniable c'est que dans ce cas les attributs de l'état impubère persistent chez la jeune fille et ne sont jamais entièrement remplacés par ceux de la femme nubile. On s'est empressé de conclure à tort de ce fait que les femmes qui ont subi cette opération comme nécessité chirurgicale présentaient comme effets éloignés de l'ablation des annexes les apparences d'une vieillesse précoce et prenaient certains traits masculins. Je m'empresse d'affirmer que, d'après mon expérience, qui comprend plusieurs centaines de cas, et qui date de près de vingt ans, rien n'est venu appuyer d'aussi ridicules assertions. Il est avéré que les résultats éloignés de l'ablation des annexes avant la puberté diffèrent essentiellement de ceux qui suivent cette opération lorsqu'elle est faite après ce grand changement physiologique.

On a encore affirmé que les passions sexuelles ne sauraient survivre à cette opération, mais on n'a pu arriver à cette conclusion qu'en faisant fi, de parti pris, des différences qui existent sous ce rapport entre les animaux et l'homme. Chez les premiers, du moins chez ceux qui n'ont pas subi l'influence démoralisatrice de la domestication, les appétits sexuels sont exclusivement régis par le rut, et la femelle ne

souffre jamais l'approche du mâle qu'à cette période, qui peut d'ailleurs être annuelle ou non et influencée par le climat. Or, la femme n'a pas d'*oestrus vénérien*, et souffre l'approche du mâle à n'importe quel moment, sauf peut-être au moment des règles. Il n'existe donc pas pour elle de période de rut.

La destruction des glandes qui amènent l'*oestrus* laisserait évidemment la femelle dans une hostilité constante envers le mâle. Lorsque cette disposition des fonctions n'existe pas, et à plus forte raison lorque c'est le contraire qui a lieu, la destruction des ovaires, mettant fin à l'ovulation, vraie période de rut chez les animaux, ne saurait avoir le même effet, ou du moins elle ne l'entraîne pas nécessairement.

Chez la femme, le début de la puberté correspond généralement à la menstruation régulière, et cette dernière fonction, on le sait, dépend entièrement de particularités de l'endométrium résultant de la position droite du corps humain. L'endométrium reprend son état primitif vers l'âge de de 48 ans, et l'on constate alors, chez la femme, ce que nous appelons la ménopause.

Mais chez les animaux il n'y a pas de période analogue et en pratique l'âge semble ne déterminer aucunement chez eux les limites de la reproduction. Les juments, longtemps après être devenues impropres au travail, servent à la reproduction de l'espèce, et j'en sais une qui eut un poulain à l'âge d'au moins 40 ans. Les chattes sont généralement édentées et d'apparence fort vieille à 12 où 14 ans, mais elles conservent cependant leurs oestrus et leur faculté reproductrice jusqu'à 16 où 17 ans, âge, qui, chez la femme, correspondrait, si je ne me trompe, à 80 ou 90 ans. Chez la femme, l'ovulation dure comme l'ont prouvé de Sinety, Malassez, et bien d'autres observateurs, jusqu'à la mort, tout comme chez les juments, les chattes et les chiennes; et n'étaient les changements qui s'opèrent dans l'endométrium de la femme, la période de la reproduction ne serait pas plus restreinte que chez ces animaux.

Il n'est donc pas surprenant que de fausses conclusions aient été émises concernant les effets de l'ablation des annexes utérines de la femme.

Tous les traités de physiologie se copient les uns les autres et reproduisent les mêmes erreurs, sans qu'il soit jamais venu à l'idée d'un de leurs auteurs de vérifier les faits. Lorsqu'on examine cette question avec soin et sans préjugé aucun, on arrive à cette conclusion : que les appétits sexuels sont bien moins développés chez la femme que chez l'homme ; fait qui s'explique par la lutte pour la vie, à savoir, que des deux le mâle a toujours été l'individu agresseur et entreprenant. Lorsque la femme arrive au terme de la période de reproduction, elle perd aussi une partie de ses appétits sexuels. Dans quelques cas même il arrive que l'appétit disparaît complètement, mais dans un aussi grand nombre de cas il augmente jusqu'à prendre même parfois des proportions singulières. Mais chez la plupart des femmes, l'appétit sexuel diminue et peut même disparaître à l'époque des troubles de la ménopause, pour revenir ensuite à sa condition première, lorsque le changement est accompli.

Chacun sait que, durant cette période, les femmes souffrent de différents troubles du système nerveux. Le symptôme le plus constant, et en même temps le plus caractéristique, c'est la différence subite de température que semblent éprouver ces malades. Le sang leur monte subitement à la tête et se retire de même.

Les modifications dans le caractère sont quelque fois remarquables et, dans certains cas, approchent même de la folie, état qui est souvent marqué par un éloignement et un profond dégoût pour le mari. Dans ces cas approchant de la folie, lorsqu'ils sont très prononcés, j'ai toujours remarqué qu'il y avait aussi perte complète de l'appétit sexuel, et qu'il s'ensuivait une antipathie pour les relations conjugales. Généralement, mais pas toujours, cet état de choses n'est que transitoire et dure de six mois à trois ans. Une fois la ménopause passée, la malade revient ordinairement à l'état

normal, mais dans quelques cas cependant l'état morbide reste permanent.

Si ces faits n'avaient pas été sciemment méconnus, ou si ceux qui critiquent cette opération n'en avaient pas témoigné une ignorance regrettable, on aurait eu moins d'inepties à entendre ou à lire à ce sujet. Ces résultats immédiats et éloignés de l'opération doivent nécessairement plus ou moins ressembler à ceux qui suivent la ménopause normale. Cela aurait dû être reconnu parce que c'est une conclusion qui semble s'imposer a *priori*, et dont les observations cliniques ont démontré l'exactitude.

Voici donc deux faits bien établis dès le début; d'abord, que la tendance constatée de l'ablation des annexes utérines est de maintenir et non de détruire les caractères physiques de la jeunesse, et, sous tous les autres rapports, d'être l'équivalent de la ménopause normale. Mais il est toujours dangereux d'appliquer aux syndromes morbides les faits de physiologie normale, surtout lorsqu'ils sont le résultat d'expériences sur les animaux. Je désire donc soumettre au Congrès les conclusions générales, basées sur une expérience exceptionnelle comprenant uniquement des cas où l'opération a été faite pour cause de maladie.

Pour mieux me faire comprendre, je divise mes cas en *trois catégories différentes,* tout arbitraire que soit cette subdivision ; car il est impossible d'établir une distinction absolue. Mon intention est de les subdiviser comme il suit :

1° Les cas dans lesquels l'opération est faite soit à cause de maladie utérine, soit à cause des symptômes en résultant, tels que myôme, métrorrhagie, incoercible, ou dysménorrhée.

2° Les lésions résultant d'une maladie inflammatoire et localisée aux annexes utérines.

3° Les différents symptômes nerveux qui se rattachent à la menstruation et qui peuvent être guéris ou soulagés par l'arrêt des règles. Il y a des cas de chacune de ces catégo-

ries qui appartiennent plus ou moins aux deux autres; car, il n'est pas rare de rencontrer une personne souffrant d'un myôme et qui a aussi une inflammation chronique des annexes utérines, ainsi que des troubles nerveux très marqués. Une maladie inflammatoire chronique des annexes utérines produit souvent des troubles périodiques du système nerveux, approchant même de la folie.

Le résultat obtenu par mon traitement dans les cas appartenant à la première de ces catégories est succinctement décrit dans une brochure que j'ai publiée dernièrement et d'où je tire, pour les citer, les conclusions suivantes. Concernant l'ablation des annexes, dans 271 cas de myômes, avec mort immédiate dans six cas (soit 2,2 pour 100). Sur les 265 autres cas, il y en eut 8 sans résultat satisfaisant, c'est-à-dire que ces 8 malades eurent à subir l'hystérectomie, les tumeurs continuant à augmenter de volume, ou bien moururent, la maladie poursuivant son cours, ou à la suite de symptômes attribuables à ce que la maladie avait revêtu une forme maligne. Cela laisse donc 257 cas dans lesquels il y a eu guérison complète, c'est-à-dire où les symptômes cessèrent complètement et où la tumeur a entièrement disparu ou bien, en tout cas, a cessé d'augmenter de volume et n'occasionne plus aucune anxiété, où le symptôme principal de la maladie, à savoir une menstruation excessive, a été complètement guérie, et cela d'une façon permanente. Par rapport à la disparition de la tumeur après l'ablation des annexes utérines et l'arrêt complet de la menstruation, il n'y a pas de doute que l'âge de la patiente n'ait une influence marquée sur la marche et sur le cours de la guérison.

Je ne puis préciser ce résultat d'une façon positive mais je crois que la proposition suivante est assez exacte : avant l'âge de quarante ans, 70 pour 100 des tumeurs disparaissent complètement, entre quarante et cinquante ans, elles ne disparaissent pas entièrement pour la plupart mais elles

diminuent cependant d'une manière sensible ; après quarante-cinq ans la diminution ne dépasse pas un sixième à un tiers de son volume. A cette dernière conclusion j'ai vu cependant des exceptions remarquables, entre autres une tumeur plus grosse qu'une tête d'adulte qui a disparu complètement après l'opération, et cela chez une femme âgée de quarante-neuf à cinquante ans.

L'âge de beaucoup des cas inscrits sur la liste prouvera clairement la fausseté de l'idée généralement admise à savoir que l'approche de l'âge ordinaire de la ménopause amène une guérison certaine dans les cas de myômes, car il y a jusqu'à neuf des malades qui avaient plus de cinquante ans lors de l'opération. Dans l'un des cas (n° 1276) la patiente a été prise d'une asthénie nerveuse complète, mais la tumeur, ainsi que les symptômes qui en résultaient, sont complètement guéris. Il se peut que son asthénie nerveuse soit un résultat de l'opération, mais je ne vois aucune raison qui puisse justifier cette conclusion. A une exception près, c'est le seul cas dans lequel des symptômes nerveux, tant soit peu marqués, aient suivi l'opération.

Au moment de la ménopause plusieurs de mes patientes ont été pendant un certain temps quelque peu étranges, c'est-à-dire qu'elles étaient excentriques, et d'humeur maussade ; mais rien de plus que ce qu'on rencontre assez souvent chez les femmes à cette époque de la vie. J'irai plus loin ; je dirai même que, parmi ces femmes, ces changements étaient moins marqués que si elles avaient passé par la ménopause normale.

Une question a été soulevée dernièrement par le Dr Thomas Keith concernant la fréquence de la folie après les opérations graves sur la matrice, et, particulièrement après l'hystérectomie ; il prétend que la folie se produit dans dix cas sur cent. C'est là ou bien une erreur de plume, ou bien un résultat exceptionnel, car un tel résultat n'a jamais été vérifié par aucun autre observateur. Mes hystérectomies sont autrement nombreuses que celles du Dr Keith, et je

n'ai jamais eu un seul cas de folie parmi toutes mes opérées. La folie peut suivre n'importe quelle opération chirurgicale, quelque ordinaire qu'elle soit, et on l'a même vue suivre l'administration d'un anesthésique sans opération aucune.

Dans la série des cas dont je parle actuellement, une seule patiente, autant que je sache, a dû être envoyée dans une maison de santé où elle est encore (n° 1453). En lisant son observation, il est indubitable que cette femme était folle avant l'opération, et le Dr Marriott Cooks, de Worcester, qui la soigne actuellement, ne voit aucune raison qui puisse faire attribuer sa folie à l'opération. Mais, même si cette cause pouvait être prouvée, cela n'empêche que dans trois cas de la liste que je ne puis autrement préciser pour un motif que l'on comprendra, une folie bien marquée a été complètement guérie, grâce au soulagement apporté aux souffrances dues à un myôme hémorrhagique. En dehors de ces trois cas de folie bien marquée qui ont été complètement guéris, et cela, autant que nous pouvons le constater, d'une façon permanente, il y a nombre de cas d'excentricité et d'humeur maussade qui étaient sûrement dues aux souffrances et qui ont été également guéris.

Il se peut que, dans l'avenir, lorsque ce genre d'observation méthodique, que j'ai le premier appliqué à cette opération particulière, sera suivi pour les autres cas, on obtienne un résultat meilleur dans un grand nombre d'opérations chirurgicales ; mais jusqu'ici il serait bien difficile, selon moi, de citer une opération où l'on ait obtenu de meilleurs résultats que dans celle-ci. L'opération ne soulage pas seulement, elle guérit complètement et d'une manière permanente les souffrances dues à la maladie pour laquelle elle a été entreprise, et, à mon avis, elle devra figurer au nombre des plus belles conquêtes de la chirurgie moderne.

En sus des symptômes et de l'état général produits par les myômes, il y a des cas où des hémorrhagies dues à des causes qui ne peuvent être déterminées et persistant malgré



toute médication intra-utérine et l'usage de la curette et du cautère, demandent en dernier ressort l'ablation des annexes utérines. Pour ce qui concerne leur histoire ultérieure aussi bien que la portée de l'opération, ces cas ne diffèrent en aucune façon de ceux de myômes, à en juger d'après le peu que j'en ai traités.

Les cas marqués de non-développement de la matrice, accompagnés de trompes et d'ovaires normaux, demandent quelquefois l'ablation des annexes afin de remédier aux souffrances intolérables, produites par les efforts inutiles de la matrice pour remplir ses fonctions périodiques. Ces cas ne présentent non plus aucun trait spécial dans leur marche et dans leurs résultats ultérieurs.

Pour ce qui est de la seconde catégorie, celle des cas d'ablation des annexes utérines pour les accidents dus à une maladie chronique inflammatoire, je ne puis me montrer aussi affirmatif que dans les cas de myômes, et cela, simplement parce que je n'ai pu jusqu'ici suivre un nombre suffisant de ces cas, dresser un tableau des changements consécutifs, et les analyser comme je l'ai fait pour les myômes. Un tel travail présente bien des difficultés et demande beaucoup de temps. J'espère cependant que d'ici quelques mois, je serai à même de publier un travail sur quelques centaines de ces cas, et de constater des résultats aussi satisfaisants que dans les myômes.

Dans la seconde catégorie cependant, les conditions premières sont bien différentes de celles qu'on rencontre dans les cas de myôme ; et, par conséquent, l'opération elle-même devient sujette à des différences, indéfinies et indéfinissables, de détail.

L'opération de l'ablation des annexes utérines dans les cas de myôme est généralement difficile, quelquefois d'une difficulté extrême, et dans quelques cas entraîne l'opération de l'hystérectomie.

L'opération de l'ablation des annexes utérines, altérées

par suite de maladies inflammatoires chroniques, est toujours difficile ; parfois même, la difficulté est si grande qu'elle ne peut être comparée à quoi que ce soit dans tout ce qui est du ressort de la chirurgie. Bieu des chirurgiens très compétents déclarent qu'il y a nombre de cas où l'opération ne peut s'achever ; mais c'est là une conclusion que je ne puis accepter, plus d'expérience, et conséquemment plus de hardiesse et de persévérance m'ayant permis, dans ces dernières années, de terminer toutes les opérations que j'ai entreprises. Je maintiens donc, qu'aucune opération de ce genre ne doit rester inachevée.

Cette règle suivie à la lettre, comme elle l'est dans ma pratique à l'heure actuelle, amène une grande diversité dans les résultats de l'opération, dans la durée de la convalescence et dans les effets éloignés. Personnellement je ne me laisse jamais arrêter par la crainte d'occasionner une déchirure, soit à la vessie, soit à l'intestin, dans la destruction des adhérences qui peuvent exister entre ces viscères et un ovaire ou une trompe enflammés, si intimes que puissent être ces adhérences. Dans bien des cas j'ai vu se former et persister pendant plusieurs mois des fistules urinaires et intestinales, mais j'ai toujours fini par réussir à les supprimer. Des trajets simples mais suppurants et pénétrant très avant dans le bassin, se présentent probablement dans cinq cas sur cent, et peuvent persister indéfiniment, à moins qu'ils ne soient traités par ce que j'appelle le « *drainage circulaire* ». Les effets de cette opération dans beaucoup de cas et surtout dans les cas les plus graves sont, pour plusieurs raisons, plus lents à se produire que dans les cas de myôme, où il n'y a généralement qu'une seule série de symptômes, ou même qu'un symptôme unique à dominer, à savoir, l'hémorrhagie. Si, dans un cas de myôme, la menstruation s'arrête, toute cause d'inquiétude disparaît dans probablement 90 cas sur cent et la convalescence ainsi que la guérison sont d'une rapidité surprenante.

Mais dans les cas de suppuration chronique de vieille date

du bassin l'arrêt de la menstruation ne suffit pas, un tel résultat n'est même pas nécessaire pour obtenir la guérison des cas moins graves.

Une menstruation abondante a non seulement été occasionnée maintes fois par un engorgement du bassin, mais encore des patientes ont éprouvé tous les mois, pendant huit ou dix jours, des douleurs intenses qui les ont poussées à des abus d'alcool ou d'un narcotique quelconque. Cet état de choses affaiblit la patiente de toutes les manières. Généralement aussi, la simple présence de l'annexe malade rend les relations sexuelles impossibles ou tout au moins douloureuses, élément moral qui sans nul doute contribue à détruire la santé.

L'opération peut arrêter la menstruation et, dans bien des cas, l'arrête immédiatement, mais malheureusement elle ne procure souvent pas un soulagement immédiat aux douleurs. L'explication de ce fait est absolument la même que celles des douleurs que l'on observe après l'amputation d'un membre sujet à une inflammation chronique. Les douleurs continuent ou se renouvellent pendant des mois et même des années après la disparition complète de la maladie, et cela jusqu'à ce que les nerfs, qui en étaient la cause, se soient atrophiés et aient cessé de fonctionner. Dans les cas d'opération sur le bassin, ces douleurs persistent rarement plus de douze mois, mais pendant cette période elles causent bien des désappointements aux malades, et une foule de tracas au chirurgien. Dans quatre cas où l'opération n'avait rien modifié j'ai rouvert l'abdomen et je me suis alors aperçu qu'un kyste s'était formé de nouveau auprès de la partie amputée d'une des trompes de Fallope dans trois des quatre cas, et de toutes les deux dans le quatrième cas. La raison en est probablement que les trompes ayant été préalablement fermées à la partie intra-utérine, l'occlusion de l'extrémité amputée avait aidé à former un kyste tubaire interstitiel. J'ai extirpé ces cinq kystes et, dans trois des quatre cas, il y a eu guérison complète et immédiate. La quatrième patiente malheureusement mou-

rut des suites de l'opération. Si l'on veut obtenir le résultat qu'on vise, et cela à courte échéance, il faut absolument que l'ablation des trompes de Fallope soit complète. Les effets de cette opération peuvent être complètement obtenus dans les cas appartenant à cette catégorie même sans qu'il y ait aucun arrêt de la menstruation ; dans quelques-uns de mes cas les plus heureux les règles n'ont jamais cessé de se produire, mais les symptômes qui réclamaient l'opération ont été sur-le-champ et complètement supprimés par l'ablation des annexes affectées.

C'est là un fait qui constitue une différence notable avec les cas de myômes où, bien entendu, l'arrêt de la menstruation est le résultat initial et essentiel que nous désirons provoquer. Lorsque la menstruation ne cesse pas tout de suite dans les cas d'affections inflammatoires, et même quelquefois lorsqu'elle cesse, le progrès de la guérison peut être bien gravement interrompu par une hémorrhagie entre les plis du ligament large. Cela est indubitablement dû à la rupture de quelques vaisseaux sanguins dont le courant surmonte pour ainsi dire l'obstacle qui lui est opposé. Ces effusions ont toujours lieu lorsque les règles recommencent ou semblent vouloir recommencer. La fréquence des hémorrhagies est, selon moi, de 4 à 5 0/0 dans toutes les opérations où les ligatures sont appliquées aux ligaments larges. Le cas le plus sérieux que j'aie jamais vu (voir mon Traité des maladies des femmes) s'est produit après l'ablation d'un kyste parovarien. J'en ai vu beaucoup d'autres dérivant de différentes causes après l'enlèvement de tumeurs ovariennes ou des annexes utérines.

Le diagnostic de cet accident peut généralement se faire par l'augmentation du pouls et l'élévation de la température sans motif apparent. Il cause d'ailleurs peu de douleur. Ces effusions n'étaient pas connues ou du moins n'avaient pas été diagnostiquées à l'époque où l'on se servait du « clamp », la grande mortalité d'alors avait rendu impossible l'observation de détails aussi délicats, de même qu'elle avait enrayé

la marche du progrès chirurgical. Dans la majorité des cas les effusions sont peu considérables et disparaissent rapidement, il n'en reste ordinairement plus de trace au bout de quinze jours, même lorsquelles ont atteint des dimensions assez importantes, je veux dire par là lorsqu'elles ont dépassé le niveau du détroit supérieur du bassin; elles occasionnent rarement des tracas à moins que l'hémorrhagie ne se reproduise ou que la tumeur ne suppure.

Lorsque la suppuration s'établit il faut les ouvrir et les drainer et alors elles entravent fort la convalescence en ce sens qu'elles la retardent beaucoup. Il se peut que la cause de cette complication soit la même qui existe dans les cas d'hématocèle, mais quelle que soit la cause et quels qu'en soient les effets, il est certain que dans ces cas la convalescence est des plus notablement retardées, de sorte que les résultats de l'opération ne peuvent être appréciés dans bien des cas qu'au bout de quatre ou cinq ans au lieu de quelques mois, comme c'est le cas ordinairement.

Les conditions générales concernant les résultats de l'ablation des annexes utérines ne diffèrent de celles décrites dans la série des myômes que sous un seul rapport. Cette unique différence est cependant assez importante pour mériter d'être exposée à part. Dans les cas de maladies chroniques des annexes utérines l'un des symptômes les plus sérieux et, dans bien des cas, le plus douloureux c'est l'incapacité des patientes de supporter les souffrances qu'entraînent les relations sexuelles. Dans la plupart des cas où l'opération est nécessaire, ces rapports ont dû être suspendus depuis longtemps à moins que le mari ne soit assez brutal pour rester indifférent aux dangers et aux souffrances auxquels il expose sa femme. L'ablation des annexes utérines permet ordinairement la reprise des rapports sexuels au bout de quelques mois et le trouble passager qu'éprouve l'appétit sexuel par la ménopause prématurée amenée par l'opération, ou même sa suspension, est plus que compensée par la faculté pour la patiente de pouvoir supporter des relations

sexuelles qui lui étaient devenues intolérables. Bien des idées erronées ont été émises à ce sujet par les quelques adversaires de cette opération. Il y a quelques semaines le Dr Routh, ancien président de la Société gynécologique Britannique, a cru devoir faire appel aux sentiments chrétiens pour empêcher que l'on détruisit l'appétit sexuel chez la femme en pratiquant l'ablation des annexes utérines. Même si ce résultat de l'opération était constant au lieu d'être, comme il l'est actuellement, fort rare, j'avoue qu'à mon avis ce serait ajouter un étrange article aux devoirs chrétiens des chirurgiens, que de les engager à soutenir, à protéger et à développer la plus basse des passions animales, celle qui peut-être entre toutes nous suscite le plus de déboires. Je considérerais le mari qui refuserait l'opération à sa femme, soit pour l'arrêt d'une hémorrhagie, causée par un fibrome de l'utérus, soit pour obvier aux dangers et aux souffrances constantes d'un pyosalpinx, et qui baserait son refus sur ce que cette opération rendrait sa femme indifférente à ses désirs sexuels, je le regarderais, dis-je, comme une simple brute, et je n'hésite pas à qualifier les membres de notre profession qui avancent une théorie semblable d'esprits malsains et indignes d'appartenir à notre sainte profession.

En ce qui concerne la troisième série, celle qui comprend les cas où l'ablation des annexes peut avoir lieu pour remédier à certains symptômes nerveux en rapport avec les périodes menstruelles, je dois dire tout d'abord que je me suis gardé d'aller de l'avant dans cette direction, et cela par une prudence que je suis aujourd'hui disposé à trouver excessive. L'expérience d'un petit nombre de cas d'épilepsie menstruelle bien nets, c'est-à-dire de cas où les accès n'ont eu lieu qu'aux époques menstruelles, plus quelques cas de manie, dans les quels ma main a été, pour ainsi dire, forcée, ne m'autorise pas à me prononcer d'une façon formelle sur la valeur de ce procédé. Je ne me suis jamais aventuré bien loin dans le

traitement chirurgical des névroses. Je me borne donc à citer deux observations remontant à une époque assez lointaine pour permettre de constater jusqu'à quel point sont heureux les effets éloignés de cette intervention dans des cas graves bien caractérisés. J'ose même prédire, pour l'opération, un grand avenir dans cette voie, mais seulement quand on pourra chercher à délimiter les indications par un examen sérieux, loin du tracas des discussions et sans idées préconçues.

Le premier cas est celui d'une fille dont j'ai enlevé les annexes le 9 avril 1880 sur la demande de feu le Dr Green, alors directeur de l'Hospice municipal de Birmingham, appuyée par le Dr Whitcomb, son assistant alors et directeur actuellement de l'hospice. Elle était idiote de naissance et au moment de la puberté elle avait été prise d'accès d'épilepsie coïncidant avec les périodes menstruelles. La maladie avait fait de tels progrès avec l'âge, que depuis plusieurs mois les accès étaient pour ainsi dire continus pendant toute la semaine des règles, sans intervalle appréciable. Il lui fallait toujours deux gardiennes robustes qui se relevaient pour la maintenir. Les Drs Green et Whitcomb pensaient tous deux que la malade ne tarderait pas à succomber par suite de la violence des convulsions et de l'impossibilité de lui faire prendre une nourriture suffisante.

Depuis l'ablation des annexes, la menstruation a complètement cessé et les accès épileptiques ont graduellement diminué de fréquence et de gravité, elle ne ressentit plus que quelques accès bénins (petit mal) au moment où aurait dû se produire la menstruation. Elle resta nécessairement idiote, mais guérie de son épilepsie.

Dans le deuxième cas il s'agit d'une dame de 25 ans, une des plus belles femmes que j'aie jamais vues ; mariée à l'âge de 22 ans, elle avait eu un enfant au bout de 15 mois. Un an environ après la naissance de l'enfant on s'aperçut qu'elle devenait excentrique pendant ses périodes menstruelles, tout en se portant parfaitement bien dans les intervalles.

C'était la nièce d'un de nos plus grands chirurgiens d'alors, auteur d'un Traité de chirurgie qui est encore l'un des plus cités. Cela suffira pour établir que l'on avait fait tout ce qui était possible pour la ramener à la santé, mais aucun traitement ne réussit ; elle allait de mal en pis et finalement pendant un de ces accès on la surprit au moment où elle cherchait à tuer son unique enfant, dont elle raffolait dans ses moments lucides. Son oncle désira que l'on me consultât au sujet de la possibilité de la traiter par l'ablation des annexes. Je me rendis donc chez elle mais, ne trouvant aucun indice de maladie des annexes, je refusai catégoriquement d'opérer. Huit mois plus tard, cependant, son état avait tellement empiré que je consentis à entreprendre l'opération en en laissant toutefois l'entière responsabilité à celui qui l'avait proposée. Il suffira de dire que la guérison était complète au bout de quelques mois, et qu'à l'heure actuelle, six mois après l'opération, il ne s'est pas produit le moindre retour de sa maladie et que sa santé se maintient excellente sous tous les rapports.

De si éclatants exemples vont m'obliger à abandonner ma résistance passive à cette intervention et à pratiquer l'opération dorénavant dans certains cas de ce genre, soigneusement choisis ; l'opposition acharnée des accoucheurs anglais appartenant à la vieille école finira aussi sans doute par disparaître. Des résultats aussi brillants, même si on ne les obtient que dans une faible proportion des cas traités, ne peuvent qu'étendre davantage le champ de cette intervention du chirurgien.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DE L'ABLATION DES ANNEXES

Par **L. G. Richelot**, chirurgien de l'hôpital Tenon (1).

En choisissant, parmi les 240 laparotomies que j'ai faites depuis le 1[er] janvier 1889, celles qui ont porté sur des lésions

(1) Communication faite au Congrès français de chirurgie.

tubo-ovariennes sans néoplasme, j'en trouve un total de 170, qui ne peuvent toutes servir à l'analyse que nous sommes conviés à faire devant vous. Si je retranche les quelques malades qui ont succombé aux opérations les plus graves, — vous savez combien notre mortalité opératoire est aujourd'hui restreinte, — si j'en laisse de côté quelques-unes dont j'ai perdu la trace, et enfin plusieurs qui sont trop récentes pour entrer en ligne de compte, il en reste environ 120 sur lesquelles je puis porter un jugement définitif.

Je passerai en revue les résultats éloignés de mes opérations, en m'efforçant de les ranger dans un ordre logique; mais je vous avertis que je n'attache aucune importance à ma classification, qui est forcément défectueuse, car toutes ces lésions s'enchevêtrent si bien qu'il est impossible d'arriver à un groupement parfait.

I. *Salpingo-ovarites légères, péri-ovarites, adhérences.* — L'ovaire est peu ou point altéré, la trompe congestionnée, légèrement flexueuse, son pavillon souvent oblitéré; les organes sont adhérents, quelquefois prolabés dans le cul-de-sac de Douglas, mais les adhérences sont facilement décollées avec le doigt; il y a du catarrhe utérin, plus ou moins rebelle aux traitements directs.

J'ai opéré dans ces conditions quelques femmes qui avaient subi le curage plusieurs mois auparavant. Les douleurs n'avaient pas cessé ou avaient repris comme devant; l'utérus étant normal ou à peu près, les femmes étant gravement affectées de leur état, empêchées dans leurs travaux, j'ai dû en venir à une laparotomie qu'elles demandaient pour la plupart: généralement, elles sont bien guéries. Je note une opérée du 16 mars 1889, qui avait déjà subi la colporrhaphie en avril 1887, le curage et l'opération de Schrœder en novembre 1888: l'ablation des annexes l'a complètement rétablie. Une autre, à peine améliorée par le curage en avril 1889, a subi le 16 janvier 1890 l'ablation d'annexes peu malades mais adhérentes, et se porte aujourd'hui très bien. Une femme de trente-huit ans, ayant de fortes règles et des douleurs insup-

portables, est débarrassée de tout ennui par l'extirpation d'ovaires adhérents, petits et sclérosés, faite le 14 novembre 1890.

Ces femmes, quand elles sont encore jeunes, ont des bouffées de chaleur à la face, des pesanteurs pelviennes de temps à autre, et ces phénomènes consécutifs à la ménopause anticipée peuvent durer un an, dix-huit mois; tout le monde le sait. Mais je répète qu'elles sont bien guéries, valides et contentes de leur sort.

Une opérée du 22 novembre dernier se plaint d'une assez vive sensibilité au niveau de ses deux pédicules ; le bénéfice qu'elle a retiré de mon intervention n'est pas clair. Au bout de quatre mois, rien encore de perdu ; néanmoins, j'admets qu'elle peut garder longtemps ses anciennes douleurs. On dit même que les opérations pratiquées pour des lésions peu profondes sont celles qui donnent le plus de guérisons incomplètes. Cette opinion légèrement paradoxale peut être fondée, à la condition qu'on l'explique de deux manières : 1° si les organes petits, mais fortement adhérents, sont amenés par lambeaux et incomplètement enlevés, comme le dit Bouilly dans sa communication au Congrès de Berlin, je veux bien que les femmes restent réglées, douloureuses et nerveuses ; 2° elles resteront malades encore plus sûrement, si, prenant le change sur la cause des douleurs, on enlève des ovaires ne portant que des altérations anatomiques banales ; si on opère, pour des points ovariens, des femmes neurasthéniques, à estomac dilaté, dont les symptômes nerveux sont d'ordre plus général ; si, croyant qu'une femme souffrant dans la sphère génitale ne peut souffrir que des ovaires, on va chercher les annexes peu malades en négligeant l'utérus, qui reste en activité morbide et refuse de s'atrophier. J'ai dû, après une laparotomie qui m'a montré des ovaires sans adhérences et une salpingite légère avec pavillons oblitérés, faire le curage d'un utérus dont la cavité mesurait 10 centim. et dont le catarrhe n'avait pas cessé ; le curage sans laparotomie eût été sans doute plus utile.

Je touche là au chapitre fort délicat des abus de la castration, et je pense, en résumé, que le résultat thérapeutique dans les affections légères ne peut être moins bon que dans les graves, mais à la conditon qu'on s'efforce de ne pas faire de laparotomies inutiles, et que, le diagnostic étant bien posé, avant ou après l'incision, peu m'importe, on enlève des annexes qui soient la vraie cause du mal.

Telles sont les conclusions que je tire d'une dizaine d'observations de cet ordre; elles s'appliquent également bien aux cas dont je vais maintenant vous parler, lésions douloureuses et pressantes mais petites lésions, en ce qu'elles sont peu dangereuses à traiter et, pour ainsi dire, sans mortalité possible.

II. *Ovaires à petits kystes.* — La dégénérescence scléro-kystique des ovaires accompagne très souvent les altérations complexes de l'utérus et des trompes ; mais je m'occupe ici des cas où elle est seule ou tout au moins dominante. Elle offre, par elle-même, des symptômes douloureux très accentués, quelquefois une marche aiguë ou subaiguë simulant la salpingite ; quelquefois on remonte, en interrogeant la malade, à une ou plusieurs poussées de pelvi-péritonite semblables à celles qui accompagnent les affections tubaires, et pour les expliquer on ne trouve, au cours de l'opération, que de petites adhérences de l'ovaire et une trompe normale. D'autres fois, les adhérences sont plus étendues et plus solides ; un ou plusieurs des kystes acquièrent le volume d'un petit œuf. Il peut y avoir du catarrhe utérin et des métrorrhagies, qui rendent le diagnostic très obscur.

Il m'est arrivé de pratiquer des curages et des opérations sur le col, après avoir porté le diagnostic de métrite catarrhale ou fongueuse. La muqueuse utérine raclée par la curette se trouvait moins malade que je ne l'avais cru. Puis les femmes continuaient à souffrir et revenaient au bout de quelques mois; je pensais alors au développement d'une salpingite qui n'existait pas au moment du curage ou que j'avais méconnue à son début, et l'incision abdominale me

conduisait sur des ovaires kystiques. D'autres fois, j'ai opéré d'emblée pour une salpingite violente avec utérus négligeable, et j'ai trouvé de petits kystes sans lésion tubaire.

Les femmes guérissent très bien dans ces deux cas, preuve que l'altération ovarienne est bien la cause de leurs douleurs souvent excessives. Cependant, sur une trentaine de malades, j'en ai bien dix qui ont fait quelques façons avant de se déclarer bien portantes. Celle-ci, bien que devenue valide, accuse pendant plusieurs mois des points douloureux au niveau de ses pédicules ; celle-là, nerveuse et dyspeptique, continue à gémir et ne s'amende qu'à la longue ; une autre s'inquiète en voyant revenir ses règles à deux ou trois reprises. Une danseuse de l'Eden, après sa sortie de l'hôpital, s'engage à Lyon, est prise d'une perte abondante qui dure plusieurs jours, puis se remet au travail et ne le quitte plus ; je reviendrai tout à l'heure sur ces phénomènes de menstruation plus ou moins régulière. Dans une vingtaine de cas, au contraire, la guérison est facile, prompte, radicale : c'est une jardinière qui, sortie de l'hôpital le 1er juin 1889, retourne presque aussitôt à un dur travail ; c'est deux infirmières qui reprennent leur métier fatigant ; c'est une jeune femme qui a depuis deux ans des pertes abondantes et des douleurs à peu près continues s'exaspérant au moment des règles, et chez qui l'ablation très facile de deux gros ovaires criblés de petits kystes et sans adhérence supprime instantanément les douleurs et les pertes ; c'est enfin une vierge de 28 ans dont l'histoire est fort intéressante. Quand je la vis en consultation, dans le département de Seine-et-Marne, en octobre 1888, elle était dans son lit, incapable de marcher, avec un empâtement et une douleur excessive à droite ; elle souffrait ainsi, par poussées, depuis le 23 mars. On aurait pensé au classique phlegmon du ligament large. Moins prévenu qu'aujourd'hui des méprises que peut faire naître un cas de ce genre, je trouvai là une forme singulière de pelvi-péritonite, dont aucune affection, puerpérale ou autre, ne pouvait rendre compte. Elle vint à Paris ; lors-

qu'elle entra dans la maison de santé où je devais l'opérer, elle marchait pliée en deux et soutenue par des aides. Le 1er décembre, à l'incision de l'abdomen, je trouvai la dégénérescence ovarienne, développée surtout à droite ; l'ovaire était gros et bourré de petits kystes, mais libre et sans adhérences ; les deux trompes étaient parfaitement saines. Pour tout vestige des poussées inflammatoires et douloureuses, j'avais de minimes adhérences épiploïques au-devant des annexes. L'opération fut simple et bénigne, et le mal disparut brusquement pour ne plus revenir ; aujourd'hui la santé est parfaite.

Soit dit en passant, chez une vierge et à l'abri de toute inoculation, il m'est bien difficile d'admettre, avec Bouilly, qu'il s'agisse là d'une variété d'ovarite d'origine infectieuse.

III. *Salpingites chroniques, parenchymateuses, adhérentes. Hydrosalpinx.* — Cette classe comprend tous les degrés de la salpingite chronique, invétérée, rebelle aux traitements indirects. Tantôt la trompe est un kyste à parois minces ou épaisses (*hydrosalpinx*), à contenu végétant (un cas) ; tantôt la cavité est petite, la paroi énorme, et l'organe a les dimensions du petit doigt, d'une anse d'intestin. La lumière étroite contient du muco-pus ; il serait facile, mais contraire à la vérité clinique, d'améliorer la statistique des pyosalpinx en y rangeant ces grosses trompes à contenu dangereux, mais dont l'ablation souvent difficile est moins grave que celle des vrais kystes purulents des annexes. Elles ne m'ont donné aucune mortalité.

L'ovaire est diversement altéré : il est petit, atrophié, accolé à la paroi tubaire, ou bien gros et kystique. Il y a souvent de petits kystes séreux, transparents, surajoutés aux annexes.

Cette classe nombreuse — j'ai pour ma part, une trentaine de faits — pourrait être l'objet d'une foule de considérations. Mais, au point de vue qui nous occupe, elle peut être analysée en peu de mots. Si nous faisons l'enquête sur nos résultats éloignés, c'est apparemment pour savoir s'ils justifient

notre intervention. Or nous n'en sommes plus, en vérité, à démontrer les services que nous rendons, par des opérations à peu près sans dangers, à des malades dont la souffrance est extrême, l'invalidité complète, l'avenir plein d'incertitudes et de périls, et cela, en sacrifiant des organes dont la fonction est perdue.

Sur presque toutes, j'ai des renseignements précis et très récents. Les phénomènes nerveux ordinaires, sur lesquels je ne reviendrai pas, les petites douleurs des premières semaines ou des premiers mois n'empêchent pas les guérisons d'être complètes. Je signale quelques faits ayant un intérêt particulier :

Trois castrations unilatérales. Dans la première, kyste tubaire végétant à droite, ovaire sain à gauche. Dans les deux autres, énucléation laborieuse à droite, impossible à gauche par les adhérences très serrées ; malgré l'opération incomplète, résultat thérapeutique excellent depuis le 17 décembre 1889 et le 3 juillet 1890.

Trois au moins sont des névropathes. La plus récente, opérée en décembre dernier pour des trompes volumineuses et très adhérentes avec de gros ovaires kystiques, prétend souffrir à peu près autant qu'avant mon intervention ; nous verrons plus tard. La malade au kyste végétant, dont j'ai parlé tout à l'heure, est plus satisfaite ; elle ne souffre pas du ventre et consent à ne plus s'alarmer. La troisième, opérée le 22 janvier 1890 pour de grosses trompes dilatées, sinueuses, adhérentes et des ovaires kystiques, a eu des attaques d'hystérie pendant les deux ou trois semaines qui suivirent, puis des douleurs pelviennes et un nervosisme exagéré pendant plusieurs mois : mais depuis la fin de l'année dernière, tout a disparu, les crises nerveuses ne sont plus qu'un souvenir, et la santé est florissante. Avant de me consulter, elle souffrait depuis deux ans et gardait le lit depuis deux mois.

Cette dernière malade a eu, quatre mois après la castration ovarienne, une métrorrhagie sérieuse ; plus tard, une perte sanguine insignifiante ; aujourd'hui, calme parfait ; une autre,

opérée le 7 mars 1889, a toujours eu depuis ce temps des pertes sanguines assez irrégulières, mais sans aucune interruption prolongée ; et cependant l'ablation des ovaires avait été relativement facile et très complète. De ces deux malades j'en rapproche une troisième, qui se range plutôt dans la classe des pyo-salpinx, mais qui est bien intéressante par la persistance de la menstruation. J'ai eu dans les mains ses deux trompes et ses deux ovaires bien complets, aucune parcelle de tissu ovarien ne m'a échappé ; opérée le 3 septembre 1889, ses règles sont venues le 18 octobre, le 18 novembre, et elle les a encore très régulièrement tous les mois, pendant trois jours. Une menstruation aussi parfaite, après une castration bilatérale authentique, est certainement exceptionnelle ; mais des phénomènes, plus atténués et moins durables sont assez fréquents. Ils n'ont rien de contraire à la loi de Négrier ; aucune théorie n'empêche d'admettre que, chez la femme adulte, l'habitude de la fluxion utérine survive à la disparition des ovaires, et je n'ai jamais compris l'insistance que mettent certains auteurs à nier ces faits ou à les expliquer par des ablations incomplètes.

Je n'ai guère d'autre fait à noter dans cette série, si ce n'est qu'il est toujours curieux de voir disparaître en un instant et pour toujours, au prix d'une opération souvent compliquée, laborieuse, mais d'un pronostic très sûr, les misères que ces malheureuses traînent pendant plusieurs années et qui ne cèdent ni aux traitements illusoires des empiriques, ni aux soins médicaux les plus rationnels.

IV. *Salpingo-ovarites, compliquées de rétroversion mobile ou adhérente.* — C'est un cas particulier dans l'histoire des lésions précédentes ; je vais l'aborder en m'appuyant sur une quinzaine de faits, dont plusieurs sont trop récents. Il faut du temps, en effet, pour juger si le redressement d'un utérus est valable ; aussi, devrai-je y revenir plus tard, et je ne fais aujourd'hui qu'effleurer la question.

Quand la rétroversion est accompagnée de lésion des annexes, l'utérus est libre et seulement fixé par les adhé-

rences tubo-ovariennes, ou bien il est adhérent lui-même par son fond et sa face postérieure au cul-de-sac de Douglas. Dans la seconde hypothèse, le décollement de l'utérus doit précéder ou suivre l'ablation des ovaires et des trompes. Car la laparotomie a un double but : enlever les lésions douloureuses et graves par elles-mêmes, redresser l'utérus dont la déviation entre pour une part dans les accidents. Sur le premier point, je n'ai rien à dire de nouveau ; sur le second, je désire appeler votre attention.

Vous savez qu'aujourd'hui on aime beaucoup à fixer l'utérus à la paroi abdominale. On propose même l'hystéropexie pour des rétroversions mobiles et sans lésions ovariennes, ce qui ne peut nous occuper en ce moment. Or, autant je suis partisan de l'hystéropexie pour certains prolapsus rebelles, autant je la crois peu utile pour la plupart des rétroversions, même quand des annexes malades nous conduisent à ouvrir le ventre. En d'autres termes, je n'aime pas beaucoup l'*hystéropexie complémentaire* (Thèse de M. BAUDOUIN, Paris, 1890), et je ne crois pas qu'il faille la considérer comme « le seul procédé de cure radicale des rétro-déviations utérines graves et adhérentes ». J'ai toujours vu jusqu'ici l'utérus se redresser par le fait de la pédiculisation des annexes ; le ligament large, bien pris en faisceau, bride l'utérus et le maintient réduit. J'ai des utérus ainsi redressés et des femmes guéries depuis les mois de mai, juin, juillet, novembre, décembre 1890.

Ainsi, l'extirpation des lésions ovariennes suffit généralement à la guérison des déviations complexes de l'utérus. C'est encore là, si je ne me trompe, une suite heureuse de nos opérations.

V. *Hématosalpinx et hématocèles.* — Je rapproche ces deux termes, parce que l'hématocèle intra-péritonéale est ordinairement la suite d'un hématome de l'ovaire ou de la trompe.

Sur douze observations, je trouve un hématosalpinx tellement adhérent et perdu au milieu d'un magma intestinal, que

j'ai dû le laisser en place, l'évacuer et le drainer. Après six mois de guérison, poussée douloureuse et tuméfaction nouvelles; mais le repos au lit calma tout, et la guérison paraît durable aujourd'hui. Chez une autre malade, j'enlevai en totalité une poche tubaire contenant 200 gr. de vieux sang, mais de l'autre côté les annexes adhéraient si bien que je laissai des lambeaux saignants; la malade, retournée à Toulouse, est toujours souffrante et nerveuse.

Dans tous les autres cas, l'extirpation totale des lésions m'a donné des guérisons rapides et franches. Il y a d'abord des hématomes circonscrits, de moyen volume; on reconnaît bien la tumeur des annexes, mais le diagnostic absolu est très difficile; l'incision abdominale conduit sur une grosse poche ovarienne ou tubaire, qui s'énuclée en totalité ou plus souvent se crève et inonde le péritoine de caillots ou de liquide chocolat. Comme il n'y a ni pus ni infection d'aucune sorte, les suites sont absolument bénignes.

Il y a ensuite les grosses tumeurs hématiques, se laissant reconnaître ou simulant des fibromes. Le sang est contenu dans une énorme trompe ou libre dans le péritoine et limité seulement par des adhérences: hématosalpinx ou hématocèle. Ici la question du meilleur mode de traitement doit se résoudre par l'examen des résultats éloignés. Or, le pronostic des hématocèles simplement ponctionnées ou incisées par le vagin est médiocre: sans nier les cas heureux, je me rappelle cependant bien des exemples de foyers longtemps fistuleux, suppurants, ne pouvant se vider de leurs caillots; des tumeurs dures, persistantes, avec des congestions et des poussées de pelvi-péritonite. Quoi de plus naturel, puisqu'on laisse dans le ventre une cavité à parois anfractueuses, tapissées de couches fibrineuses inaccessibles, des ovaires en lambeaux, des trompes crevées dans le péritoine? Voyez, au contraire, la netteté des résultats obtenus par la méthode de choix, la laparotomie:

Une femme de 30 ans, toujours souffrante depuis ses couches, aboutit à une grosse hématocèle rétro-utérine. A l'in-

cision de l'abdomen, je trouve l'utérus repoussé en avant et j'ouvre derrière lui un vaste foyer limité par les anses intestinales et d'où s'échappent du sang noir et des caillots en abondance. Je ramasse les caillots à pleines mains, je les entraîne avec des éponges montées, puis, au cours de ce nettoyage, je rencontre des ovaires entourés de masses fibrineuses, et des trompes épaisses, dilacérées, bourrées elles-mêmes de caillots noirs. J'enlève ces annexes profondément altérées, que l'incision vaginale aurait laissées dans le ventre. Opérée le 7 décembre, la malade nous quitte le 19 janvier 1890 ; revue le 21 mai, son utérus est mobile, ses culs-de-sac parfaitement souples, elle est bien portante et ne souffre plus.

Chez deux autres femmes, le sang était contenu dans une énorme poche tubaire accolée au côté gauche de l'utérus et adhérente par toute sa surface. J'ai pu faire laborieusement l'énucléation complète, non sans inonder le péritoine ; mais je répète qu'il n'y a pas ici de causes d'infection, et que la facilité de la guérison contraste avec l'importance et la longueur de l'acte opératoire. La première avait 37° le lendemain, la seconde lisait son journal.

Enfin chez une malade du service de M. Roques, la tumeur remontait à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic et faisait bomber les culs-de-sac vaginaux en refoulant l'utérus contre le pubis. Tous les signes rationnels et physiques étaient en faveur d'une hématocèle rétro-utérine ; néanmoins, je trouvai un hématosalpinx vraiment monstrueux. Après avoir crevé la poche et enlevé les caillots à pleines mains, je détachai patiemment l'intestin et je fis céder partout les adhérences, mais je ne pus séparer la tumeur de l'utérus ; et, comme les annexes de l'autre côté étaient malades et hypertrophiées, je pris le parti de les libérer à leur tour, de former un pédicule sur le segment inférieur de l'utérus et d'enlever toute la masse ; je fis, en un mot, l'hystérectomie avec traitement intra-péritonéal du pédicule et ligature élastique perdue. La malade, pâle et exsangue avant l'opé-

ration, reprit vite ses couleurs et son embonpoint ; elle est aujourd'hui en parfaite santé.

VI. *Pyosalpynx et ovarites suppurées.* — C'est ici que se concentre toute la gravité des laparotomies faites pour enlever les annexes. Les adhérences du kyste purulent aux parois pelviennes et surtout à l'intestin, la vascularité de certaines adhérences, la rupture fréquente de la poche et l'effusion du pus dans le péritoine, l'infection de la séreuse par certains contenus très virulents, infection que ne peut toujours prévenir le lavage à l'eau bouillie, enfin le collapsus que détermine une opération d'assez longue durée chez une femme affaiblie et déjà septicémique, telles sont les causes qui nous font échouer dans des cas rares, il est vrai, mais encore bien cruels.

En revanche, les succès paraissent ici plus brillants que jamais, étant donné l'état lamentable ou menaçant dans lequel se trouvent habituellement les malades. Ce sont bien des femmes auxquelles *on sauve la vie*, et cela, le plus souvent, sans qu'il reste aucune trace de leurs maux. Sur vingt-sept, j'en puis citer une quinzaine chez qui la guérison pure et simple n'a pas fait un pli, tantôt après une double énucléation de poches purulentes plus ou moins développées, tantôt après une castration unilatérale, les annexes les moins malades ayant été laissées dans le ventre pour cause d'adhérence excessive ou pour ne pas prolonger l'acte opératoire. Parmi celles qui ont eu des suites, je citerai un empâtement douloureux autour d'un pédicule, n'ayant cédé qu'après plusieurs mois ; des nerveuses ayant quelques pertes ou accusant des douleurs vagues, une surtout qui se plaint vivement après un an et demi, malgré le retour complet des organes pelviens à leur souplesse et à leur attitude normales.

L'extirpation totale des organes malades est le but à poursuivre ; mais elle n'est pas toujours possible. Une femme de 42 ans, drainée seulement par la voie sus-pubienne, se lève au bout d'un mois, et dès le premier jour va dîner aux halles avec ses amies ; quelques mois plus tard, elle est prise d'une

poussée aiguë dans son ancien foyer, avec menace de suppuration. Chez une autre, l'incision me conduit sur des adhérences intestinales très serrées devant lesquelles je m'arrête pour ouvrir et drainer par le vagin ; prompte guérison, mais six mois plus tard survient une poussée douloureuse au niveau d'une petite induration persistant au bord droit de l'utérus. Une troisième enfin, opérée aussi par l'incision vaginale après une laparotomie restée exploratrice, paraît guérie sans retour ; mais elle n'est opérée que depuis cinq mois.

Voilà des cas heureux, bien qu'ayant fait naître quelques arrière-pensées. Mais il arrive aussi qu'en présence de poches purulentes multiples, perdues au milieu d'un magma d'adhérences intestinales, on fait une opération très incomplète et un drainage insuffisant. Quelquefois même il faut s'arrêter sans avoir rien fait ; car, si on continue, souvent on ne trouve pas les annexes ou bien on les arrache par lambeaux après avoir fait de grands dégâts à travers ce *processus fibreux* qui s'étend à l'ensemble du petit bassin, enclave l'utérus et forme autour de lui comme un dôme d'adhérences qui le sépare de la grande cavité abdominale. C'est alors que la laparotomie est vraiment périlleuse. Aussi, avons-nous accueilli avec faveur, au moins pour les cas les plus graves, l'hystérectomie vaginale appliquée aux suppurations péri-utérines (Péan, Segond), opération qui fait un vaste débridement au sein de la cavité pelvienne, ouvre les poches purulentes qui entourent la matrice, assure leur drainage et favorise leur oblitération. Bien que laissant en place les organes malades ou leurs lambeaux, peut-être les ouvre-t-elle avec plus de sécurité immédiate et dans de meilleures conditions pour l'avenir. L'étude non encore faite des résultats éloignés nous donnera la solution de ce problème.

VII. *Fibromes utérins.* — La castration ovarienne pour fibromes utérins m'a donné des résultats entièrement satisfaisants.

Sur une quinzaine de malades, il faut en excepter deux.



La première fut opérée, par erreur de diagnostic, pour des fibromes sous-péritonéaux, sortis de la paroi utérine; elle continua à souffrir et ne vit pas diminuer ses tumeurs ; mais plus tard elle fut guérie par l'hystérectomie. Chez la seconde, profondément cachectique, je fis l'incision abdominale pour une ascite énorme et trouvai une tumeur absolument adhérente, enclavée et paraissant tenir à la face postérieure de l'utérus ; je fis l'ablation des ovaires pour tenter quelque chose; la malade retourna à Parthenay sans ascite, mais toujours bien faible, et succomba au bout de deux mois.

Dans tous les autres cas, j'ai obtenu la suppression des douleurs, la ménopause parfaite et de plus une atrophie des fibromes que je ne puis apprécier exactement chez les plus récentes, mais dont j'ai publié un exemple frappant (1).

J'admets donc que cette opération est excellente pour les fibromes interstitiels de petit ou de moyen volume, douloureux, hémorrhagiques ou évoluant avec rapidité. J'ai donné, dans le travail que je viens de citer, les raisons qui me font préférer pour d'autres cas l'hystérectomie abdominale, et qui m'empêchent de la considérer aujourd'hui comme une opération très dangereuse et qu'on doit éviter à tout prix.

VIII. *Névralgies. Hystérie vraie.* — Je termine par le côté le plus délicat et le plus dangereux de la question, et je supplie mes confrères de ne pas aller, sur ce chapitre, au delà de ma pensée.

J'ai obtenu quelques résultats excellents, par la castration double ou unilatérale, dans les *névralgies pures.*

Entendons-nous bien. Je ne parle plus ici de ces malades auxquelles j'ai fait allusion en commençant, qui ont de l'entéroptose et des points névralgiques, qui se plaignent de leurs ovaires et de bien d'autres choses, et auxquelles on fait la castration, soit un peu légèrement et dans l'espoir de trouver des lésions pelviennes, soit avec l'idée théorique de modi-

(1) L.-G. Richelot. *L'électricité, la castration ovarienne et l'hystérectomie.* Lecrosnier et Babé, 1890.

fier le système nerveux par la suppression des ovaires. On trouve des lésions anatomiques insignifiantes, telles qu'on en trouverait, sans doute, chez beaucoup de femmes bien portantes ; les malades continuent à souffrir. Voilà, pour une bonne part, les cas observés par les médecins qui nous disent avec scepticisme : « Êtes-vous bien sûr que la castration guérit les douleurs ? »

Il ne s'agit pas non plus de la maladie scléro-kystique des ovaires, dont les douleurs semblent hors de proportion avec la petitesse des lésions anatomiques. On pouvait jadis méconnaître la lésion et parler de névralgie ovarienne. Aujourd'hui, c'est différent : il y a là, non des troubles nerveux *sine materia*, mais une affection locale déterminée, bien que les grands symptômes en soient assez difficiles à comprendre. Exemple : on m'amène une jeune fille de 20 ans, vierge, ayant depuis la puberté des douleurs ovariennes continues ; aucune attaque de nerfs, rien que la douleur accompagnée de règles abondantes et prolongées. Tous les traitements médicaux ayant échoué, on me demande une opération radicale : je refuse, et comme il y a du catarrhe utérin, je tente la dilatation et le curage. Aucun soulagement, mais n'ayant pu constater une lésion des annexes, persuadé que j'ai affaire à une névropathe, et ne voulant pas du tout sacrifier des ovaires de vingt ans à la recherche d'une guérison plus que douteuse, je refuse toujours d'aller plus loin. Quelque temps se passe, on revient à la charge, la fille se plaignant encore davantage, et la mère me priant avec elle ; je finis par consentir à une laparotomie, sans savoir l'issue que je lui donnerais. L'opération est toute récente (26 mars) : j'ai enlevé deux ovaires dégénérés, bourrés de petits kystes et sans un atome de tissu normal ; fonction abolie, intervention légitime. Ainsi cette douleur à forme névralgique, intense et continue, correspondait à une lésion matérielle, dont la suppression a toutes chances d'amener, comme dans les faits analogues cités au début de ce travail, une guérison complète.

Les cas dont je veux maintenant vous entretenir sont tout différents : il ne s'agit plus de troubles vagues et mal déterminés avec des tissus à peu près normaux, ni de douleurs bien caractérisées avec un substratum matériel; il s'agit de névralgies fixes, violentes, à exacerbations, ayant pour siège des organes parfaitemeut sains.

Une femme de 35 ans souffre cruellement et depuis neuf années au niveau de l'ovaire gauche; règles fréquentes et extrêmement pénibles. C'est une mère de famille au caractère doux, régulier, docile, n'ayant pas les allures d'une hystérique, néanmoins très hypnotisable; quand elle souffre trop, elle vient demander à son médecin de l'endormir pour obtenir quelque soulagement. Je ne lui trouve rien d'anormal dans les annexes, aucune tuméfaction; l'utérus est à peu près sain. La persistance et l'acuité de la douleur déterminent son médecin et elle-même à recourir à la chirurgie; la fixité de ce symptôme, toujours à gauche, m'engage à une castration unilatérale, que j'entreprends sans avoir un diagnostic absolu, mais croyant plutôt à un ovaire altéré qu'à un ovaire sain. Je trouve deux organes d'une intégrité parfaite; je laisse le droit et j'enlève le gauche, qui est de volume ordinaire, sans adhérences et dont la coupe nous montre un tissu normal avec le corps jaune de la dernière menstruation. Le confrère qui m'avait amené cette malade était presque confus de m'avoir poussé à une opération qui maintenant lui semblait à peine justifiée. Néanmoins la douleur fut supprimée comme par enchantement; depuis l'opération, qui remonte à huit mois, il n'y a plus à gauche aucune sensation pénible. Malheureusement, les règles viennent encore trop souvent, presque tous les quinze jours, et je me repens d'avoir épargné l'autre ovaire; mais la névralgie rebelle n'en est pas moins radicalement guérie. Donc il ne faut pas dire, d'une manière absolue, que les phénomènes nerveux — j'entends les phénomènes nerveux localisés — ne sont jamais modifiés par l'ablation d'ovaires sains.

J'ai une opérée plus étonnante que celle-ci; c'est une

femme de 28 ans, malade depuis cinq ans à la suite d'une couche ; pertes blanches et ménorrhagies, douleurs violentes, toujours nettement localisées du côté gauche. On ne sent pas d'annexes volumineuses, mais l'examen éveille à gauche une très vive sensibilité. Laparotomie le 22 octobre 1890 : je trouve un ovaire droit un peu gros, sans adhérences et une trompe normale ; après ablation, j'arrive à découvrir dans le tissu ovarien deux ou trois petits kystes insignifiants. A gauche, là où je m'attendais à trouver des lésions positives, rien : petit ovaire sain, trompe saine, si bien que je les réintègre dans l'abdomen. C'était sans doute un scrupule exagéré dans l'espèce, et même une imprudence. Mais je n'eus pas à m'en repentir ; la malade fut guérie instantanément et complètement. Avant de quitter Avignon, c'était une impotente, immobilisée à chaque instant et condamnée par tout le monde ; on la croyait morte, quand elle annonça son retour de Paris ; on vint la chercher à la gare avec une voiture, pensant qu'elle ne pouvait marcher, mais elle rentra chez elle d'un pas ferme, à la stupéfaction générale. Ainsi, la castration unilatérale portant sur un ovaire à peu près sain, non sensible et épargnant l'ovaire douloureux, avait fait disparaître une névralgie rebelle, vieille de 5 ans et sans aucune lésion matérielle.

Parlerai-je encore de cette malade que j'ai eue jadis à l'hôpital Bichat, qui avait déjà subi plusieurs opérations, curage utérin, raccourcissement des ligaments ronds, pour des douleurs pelviennes incessantes et qui souffrait toujours ? Elle n'avait ni métrite, ni déviation, ni lésion des annexes et sa douleur n'avait aucune localisation précise. Il me sembla que la castration ovarienne pourrait être insuffisante contre cette névralgie pelvienne *sine materia*, et je résolus d'enlever l'utérus et les annexes par la voie vaginale. L'opération réussit à souhait ; les organes étaient sains et mobiles ; la malade, remise sur pieds, eut quelques retours de douleurs, à intervalles éloignés, ce qui ne l'empêchait pas d'exercer son métier d'infirmière ; puis toute souffrance dis-

parut, elle retourna dans son pays, et récemment elle m'écrivait pour me dire que sa santé était parfaite et me demander la permission de se marier (1).

Enfin j'oserai, bien que la hardiesse soit grande, citer un exemple d'*hystérie vraie,* sans lésions ni douleurs ovariennes, modifiée très heureusement par la castration. Je ne l'ignore pas, c'est un fait en contradiction formelle avec l'opinion des hommes les plus autorisés, opinion que je partage et contre laquelle je suis loin de m'élever : l'ablation des ovaires, essayée plus d'une fois contre l'hystérie, n'a produit généralement aucun résultat. Il faut cependant bien reconnaître que, dans ce cas, elle en a produit. Bouilly, qui a fait une fois l'opération sur les instances de la malade et de son médecin, déclare (*loc. cit.*) qu'il ne veut pas renouveler cette tentative. Pour moi, n'allez pas croire que je cherche à la renouveler ; je me borne à citer mon observation.

C'était une jeune fille de dix-sept ans, grande hystérique. Antécédents névropathiques dans la famille ; une sœur hystéro-épileptique à la Salpêtrière. Jusqu'à 12 ans, elle urinait au lit ; à 14 ans, hémianesthésie avec paralysie de tout le côté droit, soignée à l'hôpital St-Joseph ; habitudes d'onanisme ; grandes attaques d'hystéro-épilepsie, avec morsure de la langue, jusqu'au mois d'août 1889. Depuis cette époque, les grandes attaques ont cessé pour faire place à la tristesse et aux idées noires ; plusieurs tentatives de suicide. Vous voyez que rien ne manque au tableau.

Dernièrement, à l'hôpital Lariboisière, en présence de l'intensité des symptômes, un de mes collègues émet l'idée qu'on pourrait recourir à l'opération de Battey. C'est alors qu'on me l'envoie à l'hôpital Tenon, en me priant de l'examiner et d'agir au besoin.

(1) DOLÉRIS, dans un mémoire des *Nouvelles Archives d'Obstétrique et de Gynécologie*, t. V, 1890, p. 59, reproduit ce fait et affirme, sur des renseignements incomplets, que la malade est restée aussi névropathe qu'avant l'opération.

J'ai fait l'opération sans scrupules, je l'avoue, car c'était un des cas où vraiment il n'y a rien à perdre, mais aussi avec un grand scepticisme. Aussi quel ne fut pas mon étonnement quand j'assistai aux suites de mon intervention. Opérée le 18 janvier 1890, la jeune fille vint me revoir à la fin de mars ; elle était calme, gaie, bien portante, elle n'avait ni attaques de nerfs ni idées tristes ou folles ; aucune menstruation ; la sensation de boule, qui avait duré en s'atténuant, était elle-même disparue. Elle travaille aujourd'hui dans un couvent, tranquille et sérieuse ; personne ne la considère comme une malade.

C'est une intermission, me direz-vous, l'hystérie sommeille mais elle se réveillera. Tout ce que vous voudrez, je l'accorde ; mais l'influence directe et immédiate de l'opération n'en est pas moins certaine. Vous me direz encore : toute autre intervention, un simulacre opératoire l'aurait aussi bien guérie. Notez cependant qu'elle ne souffrait pas des ovaires, ne me demandait pas de les enlever, n'avait aucune idée fixe ; il me semble que la suggestion n'a pas dû jouer là un grand rôle.

Et maintenant, je le répète, j'ai sur la question l'opinion que vous avez tous. Je prie en grâce mes collègues de ne pas me faire dire que l'ablation d'ovaires sains est une opération courante et souvent justifiée, ni que la castration ovarienne est un traitement normal de l'hystérie.

Arrivé à la fin de ce travail, je suis effrayé de la quantité de matériaux au milieu desquels j'ai dû chercher à me débrouiller, et du nombre de points intéressants que j'ai forcément laissés dans l'ombre. Mais, de même que je n'ai pas tout observé, je ne pouvais avoir la prétention de tout dire, et je me suis résigné à ne mettre en lumière que les faits qui m'ont le plus frappé.

En vous montrant que les malades guérissent aussi bien après le traitement des petites lésions qu'après celui des plus graves, à la condition qu'il ne s'agisse pas de lésions

trop petites pour justifier l'acte opératoire, je vous ai signalé le rôle qui revient à l'attention scrupuleuse et à la conscience du chirurgien dans le jugement de ces questions délicates et dans le choix d'une ligne de conduite ; et ainsi je me suis donné le droit de chanter à mon tour la louange de ces opérations modernes que beaucoup de médecins trouvent encore trop hardies, mais qui, tout compte fait, ne demandent de véritable hardiesse que dans les cas où un mal menaçant les impose.

DE LA TORSION DU COU DANS LA PRÉSENTATION DU SOMMET

Par Mme Henry, sage-femme en chef de la Maternité.

A la Maternité de Paris pendant les années 1889 et 1890, nous avons vu quelquefois le fœtus se dégager d'une si singulière façon, que nous pensâmes qu'il pourrait être intéressant d'étudier cette question et de publier le résultat de cette étude. C'est ce que nous faisons aujourd'hui.

Il s'agit, comme notre titre l'indique, de présentations du sommet dans lesquelles la tête exécute un mouvement de rotation sans que le tronc y participe ; celui-ci restant en place pendant que la tête tourne, il en résulte forcément la torsion du cou. Dans les cas observés par nous, voici comment le dégagement s'opéra : l'occiput vint toujours se dégager le premier à la partie supérieure d'une des branches ischio-pubiennes. Quant au menton, quelquefois il sortit un peu obliquement à la commissure antérieure du périnée. D'autres fois, après le dégagement du front on vit le reste de la face tourner brusquement dans la vulve, et le menton, reporté en haut, se dégager sous la symphyse des pubis, là, où l'occiput s'était dégagé quelques instants avant (1).

(1) Une observation semblable recueillie par M. Budin a été publiée dans la thèse inaugurale de M. Ribemont-Dessaignes. Paris, 1878.

Pour la sortie du tronc nous observâmes aussi deux dégagements différents. Dans certains cas après la sortie de la tête, le cou exécuta un mouvement de détorsion, puis les épaules tournèrent et le tronc fut expulsé comme dans le mécanisme normal de la présentation du sommet.

Dans d'autres cas le mouvement de détorsion n'eut pas lieu, les épaules ne tournèrent pas et, au moment du dégagement du tronc, les deux parties fœtales, tête et tronc, offraient entre elles les rapports suivants : la face était tournée vers la ligne médiane du dos du fœtus, et l'occiput répondait au plan antérieur.

La torsion du cou persistant pendant l'expulsion du tronc et permettant d'observer les rapports que nous venons d'indiquer, fut jugée par notre maître M. le professeur Tarnier comme un fait très rare, unique, peut-être ? Il nous engagea à étudier cette question, à faire des recherches sur ce sujet, et à faire mouler le fœtus que nous lui présentions et qui venait d'être expulsé de la façon que nous venons de décrire, Ce fœtus était mort, macéré, avant terme. Nous avions d'abord pensé que ces conditions avaient dû faciliter ce mode de dégagement. Mais dans un autre cas nous vîmes le même fait se reproduire pour un fœtus à terme qui pesait 3470 gr. et qui n'était mort que pendant le travail.

Nous cherchâmes si, dans les ouvrages de Baudelocque, de Levret, des observations semblables avaient été relatées.

Nous ne trouvâmes rien. Delamotte et Mme Lachapelle s'étendent assez longuement sur les inconvénients de la mauvaise direction du tronc par rapport à la tête mais ils ne parlent pas de la façon dont s'est effectué le dégagement.

M. le professeur Tarnier, en étudiant la rotation artificielle de la tête, exécutée à l'aide du forceps fit, en 1864 (1) et 1872 (2), des recherches expérimentales ayant pour but de

(1) *Atlas complémentaire de tous les traités d'accouchement*, par LENOIR MARC SÉE et TARNIER, 1865, p. 262.

(2) *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, tome XV, p. 383. Paris, 1872.

prouver l'innocuité de la rotation, lorsque le tronc ne suit pas le mouvement imprimé à la tête. Ces recherches sont absolument démonstratives, et je crois utile, pour le sujet que je traite, de les reproduire ici in extenso.

« Une application de forceps, faite dans les conditions « précédentes est parfois si laborieuse que quelques opéra- « teurs ont pensé qu'il serait préférable d'imprimer au for- « ceps un mouvement de rotation sur son axe, pour faire « tourner la tête dans le bassin comme elle tourne quelque- « fois elle-même tout spontanément ; ce mouvement artificiel « de rotation déplacerait l'occiput d'arrière en avant, en le « faisant passer d'abord sur l'un des côtés de l'excavation, « pour le ramener enfin derrière le pubis. Smellie est le « premier qui ait donné et exécuté ce conseil : mais l'exemple « qu'il avait donné ne fut pas suivi, car, après lui, Puzos, « Levret, Deleurye, A. Petit, Astruc, Solayrès, Baude- « locque, Herbiniaux, Capuron, Moreau, Naegelé, Chailly, « Cazeaux repoussèrent cette opinion comme dangereuse « pour le fœtus, à cause de la torsion exagérée que devait « éprouver le cou. La pratique de Smellie fut remise en « honneur par P. Dubois et Danyau, mais ces deux maîtres « ne l'adoptèrent que pour des cas exceptionnels ; leurs « élèves et leurs successeurs Jacquemier, Depaul, H. Blot, « Joulin, E. Bailly l'adoptèrent au contraire comme règle de « conduite générale, et j'ai soutenu moi-même la même « doctrine dans un livre d'accouchement publié en 1865. Cette « pratique a rencontré de nombreux adversaires, parmi les- « quels il faut citer aujourd'hui encore les professeurs Stoltz « et Pajot, Grenser, Hernyaux, Chassagny et surtout le doc- « teur Villeneuve (de Marseille).

« On lui reproche de faire exécuter à la tête plus d'un « quart de rotation pendant que le tronc est immobilisé par « le resserrement de l'utérus ; d'exposer, par conséquent, à « des lésions mortelles qui se produiraient dans la région « cervicale de la colonne vertébrale, au niveau de l'articula- « tion atloïdo-axoïdienne. Ces reproches sont plus théoriques

« que vrais ; on peut leur opposer plusieurs arguments : « d'abord, il n'est pas démontré qu'en imprimant à la tête du « fœtus plus d'un quart de rotation, on produira des lésions « graves sur le rachis ; les observations où pareil accident « serait arrivé font défaut ; il résulte, en outre, de nom- « breuses expériences que j'ai faites sur des cadavres d'en- « fants nouveau-nés, que, lorsqu'on fait exécuter à la tête « une rotation d'un demi-cercle, et qu'on ramène le menton « au niveau du dos, et par conséquent l'occiput au niveau du « sternum, tout en maintenant les épaules immobiles ; ce « mouvement ne se passe pas seulement dans l'articulation « axoïdo-atloïdienne, mais dans toute la longueur de la « région cervicale et d'une partie de la région dorsale dont « les vertèbres se tordent en spirale. Cette expérience ne « peut se faire qu'en déployant une grande force pour faire « exécuter à la tête une rotation aussi étendue, et néanmoins « une dissection minutieuse ne m'a révélé aucune lésion « appréciable dans le rachis ou dans la moelle épinière. « Mais, dira-t-on, si les vertèbres se tordent, le canal rachi- « dien doit s'aplatir et comprimer la moelle épinière. Pour « aller au devant de cette objection, j'ai institué d'autres « expériences dans lesquelles je substituai à la moelle épi- « nière une colonne liquide qui pouvait refluer dans un tube « de verre placé à l'extérieur. Toute compression du canal « rachidien faisait monter le liquide dans le tube ; or, en fai- « sant exécuter à la tête une demi-rotation, le liquide restait « immobile. Comme contre-épreuve, je fléchissais très for- « tement la tête, et le liquide refluait aussitôt dans le tube. « J'avoue que je ne m'attendais pas à ce dernier résultat, « mais il m'a convaincu que la rotation exagérée expose « moins à la compression de la moelle qu'une flexion aussi « considérable que celle que l'on est obligé de produire pour « dégager l'occiput en arrière, dans les positions occipito- « postérieures. Il est bien entendu que, dans cette compa- « raison, je n'ai en vue que la compression proprement dite « du canal rachidien.

« D'autre part, ne voit-on pas chaque jour, dans l'accou-
« chement naturel, la rotation de la tête entraîner avec elle
« la rotation du tronc, qui tourne dans la cavité utérine pen-
« dant que la tête tourne dans l'excavation ? La rotation de
« la tête est quelquefois si facile que j'ai réussi à la produire
« artificiellement avec un ou deux doigts, avec lesquels je
« repoussais le front en arrière ; le professeur Hyernaux
« (de Bruxelles), cite quelques faits du même genre qui lui
« sont personnels. La plupart des accoucheurs belges con-
« seillent d'employer le levier pour repousser le front en
« arrière ; ils ne craignent pas de produire la rotation artifi-
« cielle de la tête avec cet instrument, et, par une singulière
« contradiction, ils repoussent l'emploi du forceps. Tous les
« accoucheurs savent du reste que l'introduction d'une seule
« branche du forceps suffit quelquefois pour ébranler la tête
« et la faire tourner dans l'excavation.

« De tout ce qui précède, on doit conclure que le mouve-
« ment de rotation qu'on imprime à la tête, avec le forceps,
« se communique au tronc, à moins de rétraction exagérée de
« l'utérus ; qu'il n'est pas démontré d'autre part qu'une rota-
« tion de plus d'un quart de cercle soit dangereuse pour
« l'enfant. Quelle que soit d'ailleurs la valeur de toutes ces
« considérations, les faits cliniques ont prouvé que, dans
« une position occipito-postérieure, on peut souvent ramener
« l'occiput en avant et extraire un enfant vivant ; on en trou-
« vera la preuve dans le mémoire de Bailly et la thèse du
« D[r] Chantereau. »

Dans sa thèse de doctorat, M. Ribemont-Dessaignes a repris l'étude de cette question en pratiquant des coupes sur des fœtus congelés ; ces recherches ont confirmé de tous points, celles de M. Tarnier.

Avec les accoucheurs que nous venons de citer, nous croyons à la complète innocuité, au point de vue des lésions de la moelle, de ce mouvement de rotation, qu'il soit spontané ou artificiel. Mais, d'autres dangers menacent le fœtus, surtout lorsque la torsion s'est produite avant le travail ou à

son début, car alors, d'après nos observations, il meurt une fois sur deux. Nous dirons plus loin quelle est la cause de cette mortalité.

Trois fois sur cinq le travail fut plus long qu'il n'aurait dû être si le cou n'avait pas été tordu. Nous avons pensé que cette lenteur du travail devait être attribuée à la mauvaise direction de la contraction utérine, dont l'effet transmis par la colonne vertébrale à la base du crâne au lieu de diviser celle-ci, en deux bras de leviers inégaux comme dans les cas normaux, aboutit au contraire au milieu de cette base en un point qui la divise en deux bras de leviers égaux, c'est du moins ce qui semble ressortir des expériences que j'ai faites avec le concours de M. Gauthier, interne du service.

Expérience cadavérique sur la torsion du cou du fœtus.
(14 décembre 1890.)

Conditions de l'expérience. — Enfant extrait la veille par une version podalique, insufflé de midi à 11 h. du soir, moment où les battements du cœur ont cessé. — Né à terme, garçon, poids 2050 gr Longueur totale, 48 cent.

Du sommet à l'ombilic 26 cent.

Diamètres :
- O.-F. 11 cent.
- O.-M. 13 cent.
- B.-P. 7 cent. 1/2
- S.-O.-B. 8 cent. 1/2.

Le cadavre est maintenu dans un bain d'eau tiède pour éviter la congélation, vaincre la rigidité cadavérique et tâcher de donner aux tissus la souplesse qu'ils présentent pendant la vie.

Le fœtus étant intact on peut avec la plus grande aisance tordre le cou de façon à diriger la face du côté du dos et l'occiput du côté du plan antérieur du tronc.

Le cou ainsi tordu se trouve *raccourci* et décrit une *spirale* qui commence en bas vers la 3e ou la 4e vertèbre dorsale, d'autant plus bas que la torsion est plus prononcée.

La spirale est très allongée (ce qui expliquerait pourquoi la moelle ou les racines rachidiennes ne sont pas tiraillées). Il est impossible d'appliquer très exactement la face sur le dos. Le

mouvement de flexion est incomplet ; il est limité par le *raccourcissement* du cou. Par suite, si le fœtus s'engage dans ces conditions dans le canal pelvi-génital, ce n'est plus une circonférence S.-O.-B. qui se présente, mais bien une circonférence O.-F. ou une circonférence voisine.

Il est plus difficile encore de ramener l'occiput au contact du sternum, autrement dit de défléchir assez complètement la tête pour obtenir une présentation de la face. Dans ces conditions, l'engagement semblerait impossible, car la tête et la partie du thorax doivent descendre simultanément, et le volume de ces deux parties fœtales est supérieur à la capacité de l'excavation.

D'autre part, le cou étant raccourci n'est plus assez long pour permettre l'engagement du pôle céphalique, comme dans la présentation habituelle de la face.

L'*inclinaison latérale* de la tête sur les épaules est gênée dans une certaine mesure.

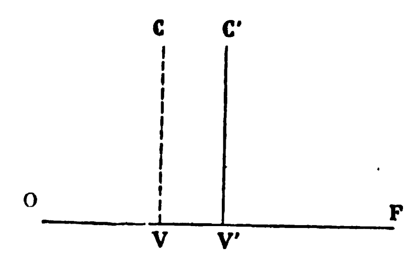
L'expérience est continuée de la manière suivante : Incision de la peau sur la ligne médiane, nous mettons à nu la colonne vertébrale depuis la partie moyenne du dos jusqu'au trou occipital et nous enlevons le cuir chevelu qui recouvre l'occipital et les pariétaux. On juge de plus près ce qui se passe dans le squelette pendant le mouvement de torsion du cou ; on voit mieux le degré de rotation de chaque pièce l'une sur l'autre. Nous ne pouvons donner de chiffres absolument exacts, mais sur l'arc de cercle de 180 degrés que décrit la tête par rapport au tronc dans les conditions où nous nous sommes placés, on peut dire, sans trop s'écarter de la réalité, que 90° sont représentés par la rotation de l'axis sur l'atlas et par la rotation des autres pièces de la colonne cervicale les unes sur les autres. D'après certains anatomistes l'axis tourne autour de l'atlas de 90° à 100°. D'après le professeur Sappey ce mouvement ne serait que de 60° chez l'adulte. Autre constatation importante à noter : pendant la torsion l'atlas glisse d'arrière en avant sur l'occipital. Ce glissement peut avoir une étendue d'un demi-centimètre. La partie postérieure du trou occipital devient accessible au doigt. Ce mouvement de translation est intimement lié au mouvement de rotation ; il est surtout marqué du côté opposé à celui ou se fait la torsion. Donc l'inégalité de bras de levier du diamètre O.-M. se trouve ainsi compensée dans une certaine mesure ; la tendance à la flexion se trouvant

d'autant diminuée. Il est facile de se rendre compte aussi que les vertèbres en même temps qu'elles tournent les unes sur les autres se rapprochent; il y a une sorte de tassement qui a pour effet de produire le *raccourcissement* dont nous avons déjà parlé, de plus, les diverses pièces sont *immobilisées* d'une façon relative, d'où la *rigidité* également *relative* de la colonne cervicale sur laquelle nous avons insisté.

La rigidité de la colonne cervicale, du fait de la torsion, entraîne, comme conséquence, l'impossibilité pour la tête d'une flexion ou d'une déflexion complètes.

La tête affecte par rapport à la colonne vertébrale une position intermédiaire : ce n'est, par suite, ni une circonférence S.-O.-B. ni une circonférence S.-M.-B. qui se présente dans l'axe pelvi-génital, mais bien une circonférence O.-F.

On admet que dans l'accouchement normal par le sommet, la tête se fléchit parce que le trou occipital sur lequel s'appuie la colonne vertébrale C V divise la base du crâne O F en deux bras de leviers inégaux O V le plus court, V F le plus long, quand la tête vient appuyer sur les parties maternelles, la compression sur le bras de levier V F est plus grande que celle



qui se fait sur le bras de levier O V—V F remonte O V s'abaisse, ce qui revient à dire que la tête se fléchit. Avec le mouvement de translation de V en V' que nous avons décrit, la colonne vertébrale vient s'appuyer sur la base du crâne en V' et celle-ci est partagée en deux bras de leviers sensiblement égaux O V' et V'F. La compression des parties maternelles étant égale des deux côtés, la tête reste en équilibre, sans se fléchir ni se défléchir. Il en résulte une présentation intermédiaire entre celle du sommet et celle de la face, c'est, somme toute, une présentation du vertex (1)

(1) Voir planche XXIX de l'Atlas de M. Ribemont-Dessaignes.

De plus, le nouveau rapport de la colonne vertébrale avec la tête est tel que celle-ci ne peut ni se fléchir, ni se défléchir complètement et qu'elle descend dans l'excavation péniblement poussée, présentant sa circonférence occipito-frontale au lieu de la circonférence sous occipito-bregmatique.

On verra dans les cinq observations que nous publions que trois fœtus naquirent morts. Le premier était macéré. Au point de vue du pronostic nous l'éliminons. Mais les quatre autres étaient vivants au début du travail. Deux moururent l'un par suite de la compression du cordon qui faisait procidence, l'autre par suite de la lenteur du travail. Les deux autres chez lesquels le cordon n'était pas prolabé et pour lesquels le travail marcha assez rapidement, naquirent en bon état.

Nous croyons que la torsion du cou en gênant l'accommodation de la tête avec le segment inférieur de l'utérus favorise la descente du cordon.

Nous avons cherché les causes de la torsion du cou. Nous ne trouvons à invoquer que l'irrégularité des contractions utérines, quoique nous n'ayons pas pu la constater d'une façon très nette.

Trois fois sur cinq, nous avons pu établir le diagnostic de cette anomalie. Du reste, rien n'est plus aisé, lorsque le palper et le toucher sont faciles à pratiquer. En effet, quand on trouve le dos d'un côté et la fontanelle postérieure du côté opposé, on peut affirmer, sans hésiter, que le cou est tordu.

Pour la mère le pronostic est favorable. Pourtant, elle est exposée aux manœuvres nécessaires, soit pour réduire une procidence, soit pour abréger un travail trop long.

Pour le fœtus le pronostic est assez grave, puisque sur quatre observations d'enfants vivants, au début du travail, deux moururent. Nous pensons que lorsque le mouvement de torsion se produit au cours du travail, la tête étant assez basse, le pronostic est moins fâcheux. Mais s'il s'effectue avant ou au début du travail, la tête restant élevée, on est en droit de redouter une procidence du cordon, qui peut

entraîner la mort du fœtus. Dans ces conditions, nous croyons qu'il y aurait peut-être avantage à essayer de transformer la présentation céphalique en présentation pelvienne.

La détorsion du cou nous semble très difficile à pratiquer.

Observation I

La nommée Hautermann, âgée de 31 ans, est entrée à la Maternité le 22 février 1889, à une heure du soir. Elle est enceinte pour la troisième fois ; ses deux premières grossesses n'ont rien offert de particulier ; elles se sont terminées à terme par la naissance de deux garçons vivants ayant présenté le sommet.

La grossesse actuelle semble être arrivée, d'après la dernière époque menstruelle, au terme de 6 mois 3 semaines. Elle a été accompagnée de nausées, vomissements, céphalalgie et douleurs abdominales. Ces dernières ont duré pendant toute la gestation, mais sans l'empêcher de travailler, excepté la veille de son entrée à la Maternité, c'est-à-dire le 21 février. Ce jour-là la malade très fatiguée, souffrant dans le ventre, mais pas pour accoucher, dit-elle, fut prise d'un frisson. Ce n'est que le 22, vers 3 heures du matin, que les contractions utérines débutèrent, très douloureuses dès le début.

A son arrivée à la Maternité, le 22 février 1889, à 1 heure 15 du soir, l'examen obstétrical fit reconnaître que le ventre était d'une sensibilité extrême, surtout à droite de la région sous-ombilicale L'utérus remontait à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le palper était si douloureux qu'il ne fournit aucun renseignement au point de vue de la présentation.

Le toucher vaginal n'était pas douloureux ; on trouva le col encore long, assez ferme, échancré aux deux commissures, ouvert jusqu'à l'orifice interne. Le bassin était vicié, le promontoire était accessible. Aucune partie fœtale n'était appréciable.

Pulsations, 120 ;

Température, 38°.

La malade était assez agitée et se plaignait constamment. On lui fit une piqûre hypodermique de 5 *gouttes d'une solution de morphine* (1), et on lui donna dans la journée une potion contenant 3 grammes de chloral.

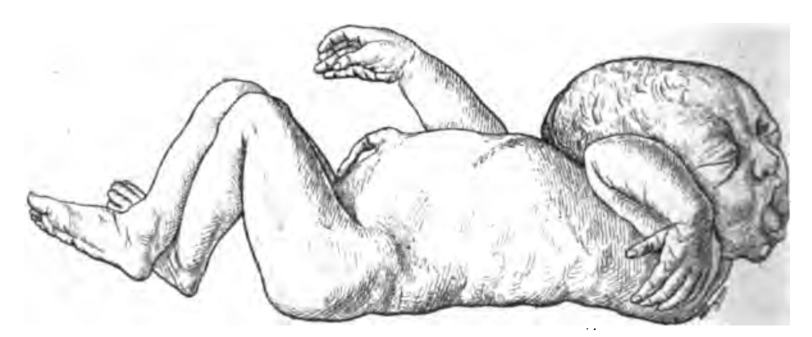
(1) Eau .... 100 gr.
Chlorhydrate de morphine .... 1 gr.

Les douleurs ne cessèrent pas ; elles semblèrent, au contraire, augmenter. La température s'éleva, elle atteignit 39°, 40°. De neuf heures à dix heures du soir, la malade eut trois vomissements verts assez abondants.

A dix heures, le col avait encore une certaine longueur (2 cent environ), mais il était plus largement ouvert inférieurement. L'orifice interne était d'une rigidité extraordinaire ; les contractions utérines étaient permanentes mais peu énergiques. On donna à la malade un lavement avec 10 gouttes de laudanum de Sydenham. Les douleurs persistèrent jusque vers minuit, puis elles se calmèrent pendant 2 heures environ, après l'application d'un large cataplasme sur l'abdomen.

La malade dormit jusqu'à 2 heures ; à ce moment les contractions revinrent aussi douloureuses qu'auparavant. A 7 heures du matin, les membranes se rompirent spontanément ; il s'écoula peu de liquide amniotique.

On examina et on trouva dans le vagin le membre supérieur gauche qui était en arrière et à droite, le cordon ombilical était aussi prolabé et sans battement. Un peu au-dessous, on trouvait une partie de la face inclinée, le nez était tourné en avant a gau-



che. L'orifice utérin était dilaté comme une pièce de 2 francs ; la dilatation se fit rapidement et bientôt elle eut les dimensions d'une petite paume de main.

En suivant le bras, le doigt explorateur arrivait sur l'omoplate qui, par la situation qu'elle occupait en avant et à gauche, fut mal diagnostiquée. On repoussa l'épaule, le membre prolabé remonta et sous l'influence des efforts faits par la parturiente, la tête défléchie et le haut du thorax sortirent en même temps des organes génitaux.

L'expulsion complète du fœtus eut lieu à 8 h. 30 du matin le 23 février 1889. Immédiatement après sa sortie on vit que l'enfant présentait une torsion du cou si accusée que la face se trouvait du même côté que le dos et que la partie postérieure de la tête appuyait sur la partie supérieure et antérieure de la poitrine. (Le fœtus a été moulé, voyez figure.)

La délivrance se fit spontanément, 1 heure après l'accouchement. La malade eut, avant la délivrance, un frisson qui dura 10 minutes. Pouls, 120; température, 40°. Dans la journée qui suivit l'accouchement l'état de l'accouchée s'aggrava rapidement; le ventre se ballonna, P. 160; T. 39°,8, facies péritonitique.

La malade mise dans une salle d'isolement y mourut le 25 février au matin.

Enfant mort et légèrement macéré.

OBSERVATION II

Brisson, veuve Flon, primipare à terme. Bassin normal, 27 ans, entra à la Maternité le 21 juillet 1889, se disant en travail depuis le 19 juillet à 10 heures du soir. Les contractions utérines étaient fréquentes, l'orifice utérin presque complètement dilaté, la tête était dans l'aire du détroit supérieur, une énorme bosse séro-sanguine masquait les sutures et les fontanelles et empêchait de reconnaître la position. Les membranes étaient rompues depuis le 20 juillet 1889 à 9 heures du matin. Le dos était à droite, le maximum des battements du cœur du fœtus s'entendait en avant et un peu à gauche.

La dilatation fut complète le 21 juilllet à 7 h. 1/2 soir. La tête resta élevée, les battements du cœur du fœtus se modifièrent, on fit une application de forceps, d'après la situation du dos, à droite, et du point, où on entendait le maximum des battements du cœur du fœtus, en avant et un peu à gauche, on avait diagnostiqué une présentation du sommet et O.I.D.A. En appliquant la première branche de forceps, on vit que la face était à droite, du même côté que le dos; et que l'occiput était à gauche, et regardant du même côté que le plan antérieur du fœtus. Il ne fut pas possible de faire tourner la tête. Et pendant l'extraction on vit que celle-ci avait gardé avec le tronc les rapports que nous venons de dcrirée plus haut, le fœtus fut extrait mort et pesait 4010 gr. il était du sexe

féminin. Dans ce cas c'est à la lenteur du travail que nous attribuons la mort de l'enfant.

Délivrance naturelle.

Suites de couches compliquées d'élévation de température et de douleurs abdominales qui cessèrent, heureusement, ce qui permit à la malade de quitter la maternité dans de bonnes conditions.

Observation III

La nommée Nocart, multipare (7e grossesse), journalière, bien portante, règles irrégulières. Vint à la consultation de la maternité le 26 décembre 1889, à 2 heures du soir. Elle était enceinte de 9 mois, et présentait un début de travail.

La grossesse avait évolué normalement.

Bassin vicié dans le sens antéro-postérieur, diamètre P. sous-P. 10 cent. 5. La tête du fœtus était à l'hypogastre ; elle occupait l'aire du détroit supérieur ; le dos était à gauche, le siège au fond de l'utérus et à droite.

Le sommet se présentait ; la fontanelle postérieure était à droite et en avant ; le dos étant à gauche on diagnostiqua la torsion du cou. Le maximum des battements du cœur s'entendait à gauche et en avant.

L'orifice utérin était à peine dilaté, assez ferme ; les membranes bombaient. Les contractions utérines étaient assez fréquentes, mais peu énergiques.

A 8 heures du soir rupture spontanée des membranes, procidence du cordon.

La rétropulsion fut faite, mais pendant les tentatives de réduction les battements du cœur se modifièrent profondément ; à 9 heures ils cessèrent complètement.

Les contractions devinrent plus énergiques, poussèrent la tête dans l'excavation ; les os du crâne chevauchèrent fortement. A 4 heures du matin la dilatation était complète. L'occiput vint se mettre en rapport avec la partie supérieure de la branche ischio-pubienne droite et le dos sortit à gauche ; la face regardait du même côté, la torsion du cou avait persisté pendant tout le travail. Le fœtus (garçon) naquit mort ; il pesait 3470 gr.

La délivrance et les suites de couches furent naturelles.

OBSERVATION IV

La nommée Jacquier, primipare (20 ans), domestique, bien conformée et bien portante fut reçue à la Maternité le 14 novembre 1890 en travail d'accouchement prématuré, terme 8 mois environ, l'orifice utérin était dilaté comme une pièce de deux francs, les membranes entières. La tête était basse et se présentait dans une situation intermédiaire entre le sommet et la face. On parcourait en touchant une partie du sommet allant de la suture bipariétale au front et une partie de la face allant du front aux yeux. La fontanelle antérieure était presque au centre du bassin, les yeux à droite en arrière. Le dos était à droite, le maximum des battements du cœur s'entendait du même côté, ces signes nettement obtenus (dos à droite face regardant du même côté), firent établir le diagnostic de torsion du cou. Les membranes se rompirent à la dilatation complète ; il s'écoula peu de liquide, les contractions très énergiques poussèrent rapidement la tête dans la vulve, l'occiput se dégagea à la partie supérieure de la branche ischio-pubienne gauche, le bregma, le front, les yeux se dégagèrent facilement. Le nez, la bouche et le menton étant encore dans les parties génitales, on vit la tête tourner rapidement de droite à gauche dans la vulve et le menton se dégager sous le ligament triangulaire.

Le fœtus était vivant, du sexe féminin ; il pesait 2450 gr. Le travail avait duré 7 heures. La délivrance eùt lieu 1/4 d'heure après la sortie de l'enfant.

Les suites de couches furent normales. L'enfant fut allaité par sa mère. Tous deux partirent en très bon état 12 jours après l'accouchement.

OBSERVATION V

Leroux, secondipare, 26 ans, est admise à la Maternité le 25 novembre 1890. Le 10 décembre, elle entre en travail. Elle vient à la salle Lachapelle à 7 heures matin. Elle est arrivée au terme de sa grossesse. Le fœtus est vivant. Le dos est à droite. On entend le maximum des battements du cœur du même côté. Le col est dilaté comme une pièce de 2 fr., les membranes sont entières, le bassin est vicié ; le diamètre P. sous-P. mesure 10 cent. 1/2 ; cette mensuration a été faite à l'arrivée de cette femme dans la maison ; au moment où elle est en travail la tête est basse, le sommet se pré-

sente, l'occiput est à gauche et en avant. Rappelons que le dos est à droite. A 10 heures matin la dilatation est complète, les membranes se rompent, 1/2 heure plus tard la tête est expulsée. L'occiput répondant à la partie supérieure de la branche ischio-pubienne gauche ; le menton à la partie inférieure de la branche ischio-pubienne droite ; sans qu'on fit aucune manœuvre on vit la tête exécuter un grand mouvement de détorsion qui ramena l'occiput directement à droite, après avoir passé devant la symphyse pubienne, pendant que la face se portait en arrière puis à gauche. L'expulsion du tronc se fit normalement. L'enfant (garçon) naquit vivant ; il pesait 2650 gr.

Délivrance naturelle.

Suites de couches normales. Mère et enfant sont partis en bon état.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

La cinquième session du Congrès français de chirurgie s'est ouverte le lundi 30 mars sous la présidence de M. le professeur Guyon.

Nous consacrons presque entièrement ce numéro au compte rendu des communications intéressant la gynécologie.

Des résultats éloignés de l'extirpation des annexes de l'utérus dans les affections non néoplasiques de ces organes.

(Question à l'ordre du jour du Congrès.)

Sir SPENCER WELLS (de Londres). — Dans une courte note, M. Spencer Wells reconnaît les heureux résultats fournis par l'ablation des annexes ; il est aujourd'hui prouvé que beaucoup de femmes doivent à cette opération leur retour à la santé ; quelques-unes même ont pu accoucher heureusement.

Les résultats personnels de l'auteur sont excellents, mais il proteste contre l'abus fait de l'oophorectomie pour les affections non néoplasiques, et cette conviction est appuyée par Battey dans une lettre récente adressée à l'auteur.

En dehors des cas de métrorrhagies graves on a pratiqué l'oophorectomie contre des pertes qui n'ont pas cessé et ont pu continuer à être douloureuses. Enfin dans certains cas, les salpingites guérissent sans opération.

Dr LAWSON TAIT (de Birmingham). Voir plus haut, page 24, le compte rendu de cette communication.

M. JACOBS (de Bruxelles). — Depuis la fin de l'année 1888 jusqu'à la fin de 1890, j'ai opéré 58 malades, dont 9 pour affection unilatérale des annexes, et j'ai obtenu 54 guérisons opératoires. Pour les résultats éloignés, je trouve : sur 7 interventions pour salpingites suppurées bilatérales, 7 malades jouissent actuellement d'une excellente santé, trois d'entre elles éprouvent cependant de légères douleurs abdominales, au moment des règles. De mes deux opérées de salpingite suppurée unilatérale, l'une est devenue enceinte depuis l'opération et a accouché à terme. 23 malades ont été opérées pour salpingite catarrhale ; chez 19 l'affection était bilatérale, ces 19 femmes sont guéries ou améliorées, sauf une seule qui souffre plus qu'avant l'opération ; des 4 femmes opérées pour des lésions unilatérales, deux sont devenues enceintes depuis l'intervention et une antre a dû subir plus tard l'ablation du second ovaire devenu malade.

Dans quelques cas, la rétroversion utérine s'est produite quelque temps après l'opération ; aussi, je pratique souvent l'hystéropexie, après la castration.

Mes 3 cas d'ablation des annexes pour hématosalpinx ont été suivis d'excellents résultats.

En résumé, sur 31 opérées suivies, je relève 24 guérisons complètes, 2 récidives, 4 cas suivis d'accidents, et 1 cas suivi de douleurs violentes.

Les interventions pour ovarite et pour dégénérescenee kystique ont été toutes couronnées de succès. Enfin une castration pour fibrome inopérable a eu pour résultat de diminuer les métrorrhagies et de les rendre périodiques.

Nous concluons donc :

1° Les résultats éloignés sont très favorables dans l'ablation des annexes pour suppurations ;

2° Pour les affections catarrhales, surtout celles de petit volume, ces résultats sont moins bons ;

3° Chez les femmes nerveuses, la castration apporte rarement des modifications heureuses.

LE DENTU (de Paris). — Sur les 34 cas qui constituent ma statistique personnelle, je ne compte qu'une mort due à ce que la portion la plus interne de la trompe, rompue au moment de l'extirpation, ne s'est pas trouvée comprise dans la ligature ; une péritonite septique s'en est suivie.

Plusieurs de mes opérées sont encore dans mon service. Il en est de franchement convalescentes, d'autres y sont retenues par des incidents post-opératoires, l'une par une péritonite chronique de nature probablement tuberculeuse, une seconde par une fistule vagino-hypogastrique résultant de la suppuration de cul-de-sac de Douglas après la laparotomie. Une 3e malade a eu un abcès stercoral du petit bassin actuellement en voie de guérison. Toutes trois portaient de volumineuses collections purulentes des trompes.

Plusieurs de mes opérées éprouvent encore par moments quelques douleurs dans le bas-ventre et dans les reins, mais la majorité se félicitent du résultat obtenu.

Il me sera facile de montrer par quelques exemples que la persistance de l'état douloureux ne tient pas à une cause unique, mais pour cela il me faut tout d'abord rappeler brièvement les causes de cet état douloureux avant l'intervention.

Chez certaines femmes les douleurs sont occasionnées et entretenues par de la névralgie hystérique ; chez d'autres par la dégénérescence polykystique des ovaires sans salpingite concomitante, ou par de la salpingo-ovarite exsudative aboutissant à la formation d'adhérences des annexes aux parties voisines, par des adhérences très étendues se rattachant à une ancienne péritonite ou à une hématocèle rétro-utérine, par une salpingite suppurative.

Dans tous ces cas, l'opération est indiquée ; elle est nécessaire. Les résultats définitifs varient en raison des circonstances multiples qui rendent la situation ante-opératoire très complexes : ancienneté des accidents, étendue des adhérences, état névropathique. Cette dernière circonstance a une telle importance que le pronostic de l'intervention ne peut être établi d'une façon absolument certaine si la prédominance du système nerveux s'est accusée considérablement pendant les mois ou les années qui ont précédé l'intervention chirurgicale.

La simplicité des lésions, propre en apparence à légitimer l'optimisme, ménage à cet égard de fâcheuses déceptions. Telle femme qui ne présentait que des lésions peu accentuées des annexes n'ob-

tient de l'opération qu'un bénéfice peu accusé ou nul, tandis que telle autre, qui portait de graves lésions, se rétablit très vite et cesse rapidement de souffrir.

Parfois, la métrite initiale suit son cours ; ce serait là un argument en faveur de l'hystérectomie de Péan avec ablation des annexes par le vagin, mais il est rare de voir d'emblée des lésions utérines profondes. Il est vrai que ces lésions peuvent s'accentuer peu à peu après l'extirpation des annexes. Il est alors indiqué de recourir au curettage, à l'amputation du col, et même à l'extirpation totale.

J'ai pratiqué celle-ci dans un cas, et j'ai eu une hémorrhagie grave dont la malade se remit, une fistule de l'uretère gauche et une petite fistule stercorale du côté droit du vagin.

La prolongation des douleurs est quelques fois due à ce qu'une petite portion de trompe, laissée en place, s'est dilatée de nouveau. J'ai observé ce fait 3 fois.

Obs. I. — En juin 1890, je vois une dame de 36 ans, laparotomisée en 1888 par un de mes collègues. Quelque temps après l'opération elle eut un abcès, qui se serait ouvert dans l'utérus.

Douleurs intenses dans le côté gauche du ventre revenant par crises d'une extrême fréquence avec irradiations réflexes dans la face et le membre supérieur. Au point le plus douloureux on sentait dans le petit bassin une tumeur du volume d'un très petit œuf de poule.

Après consultation avec le professeur Duplay, dilatation utérine par les laminaires et les éponges, maintenue par des tamponnements de gaze iodoformée. Au bout de 15 jours s'écoule brusquement une quantité de sang très noir ; la malade est soulagée. Guérison maintenue depuis ; la malade ne ressent plus que de temps en temps quelques douleurs peu intenses.

Obs. II. — Mad. X..., 41 ans, opérée par moi en septembre 1889. Douleurs persistantes.

En novembre 1890, dilatation utérine ; un jour s'écoule une petite quantité de liquide muco-sanguinolent ; à partir de ce moment la malade va bien sauf quelques petites douleurs de temps à autre.

Obs. III. — D..., 23 ans, opérée à Beaujon en mars 1890. Hydrosalpinx. Revue le 15 mars 1891. Tronçon de trompe de 2 à 3 cent. dilaté à droite ; à gauche, petit prolongemeut de 1 cent.

Conclusion. — Le moindre tronçon de trompe laissé dans le ventre peut se dilater à son tour et devenir le siège d'un hydrosalpinx douloureux.

Il importe donc de faire l'extirpation aussi complète que possible en posant la ligature au ras de l'utérus, ce qui n'est pas toujours facile étant données les adhérences qui rendent parfois malaisée la pédiculisation du ligament large.

Pour combattre cet hydrosalpinx secondaire, la dilatation utérine lente, graduelle et maintenue longtemps peut suffire, mais à la condition d'être poussée aussi loin que possible au moyen d'éponges cylindriques, et non coniques, préparées à la ficelle et non à la cire.

Les résultats ainsi obtenus sont durables, ainsi qu'il appert des deux cas relatés plus haut.

M. TERRILLON (de Paris). — J'ai divisé ma communication en deux parties. Dans l'une, je vous donnerai les résultats de ma pratique jusqu'à ce jour et, autant que possible, les résultats éloignés; dans l'autre, je vous parlerai de trois cas analogues à ceux de M. Le Dentu, ayant présenté des accidents assez bizarres après l'ablation des annexes.

J'ai fait actuellement 140 opérations pour ablation des annexes; 20 de ces opérations ont été faites par M. Chaput dans mon service à la Salpêtrière, mais je les compte dans ma statistique.

Ces cas se divisent de la façon suivante :

82 pour salpingites parenchymateuses catarrhales, blennorrhagiques, ou d'autre origine;

36 pour salpingites purulentes, le pus étant soit dans la trompe, soit dans l'ovaire ;

10 pour hématosalpinx ;

8 pour salpingites tuberculeuses;

4 pour hydrosalpinx.

Les résultats immédiats donnent la mortalité suivante:

9 morts sur 140 cas.

Je vous dirai que cette mortalité a été plus élevée au début de mes opérations à cause de mon inexpérience et que j'espère la diminuer.

Mais, d'après la question posée par le Congrès, je devrais vous donner surtout les résultats éloignés de mes opérations. Malheureusement, 90 de mes observations ont été déjà publiées dans un livre que j'ai fait paraître sur les *Ovarites et salpingites* et j'ai donné dans ce livre le résultat de ces 90 opérations. Cette série finit au mois d'août dernier.

Les 50 dernières opérations datent par conséquent du mois d'août et se terminent ces jours-ci.

Dans les 90 premières, j'ai pu donner les résultats définitifs, j'ai vu les malades et je les ai suivies, tandis que depuis le mois d'août dernier je ne puis donner que le résultat opératoire sans pouvoir parler des malades.

Que sont devenues les 90 malades opérées avant le mois d'août dernier ?

Sur ces 90 malades, j'ai eu 4 morts, mais j'ai actuellement 74 malades absolument guéries, c'est-à-dire qui ont bénéficié de toutes façons de cette opération complète et qui actuellement sont absolument bien portantes; 12 malades de cette même série ont encore des accidents, mais bénins; elles ont repris leur vie habituelle, mais elles ont des règles qui ont persisté avec douleurs, ou des douleurs de ventre ou des phénomènes douloureux du côté de la vessie, mais en somme elles sont bien améliorées ; 4 opérées sont encore malades, c'est-à-dire qu'elles ont des lésions persistantes dans le voisinage des annexes pour lesquelles je n'ai pas fait d'opération complémentaire ; 1 malade qui était tuberculeuse à été guérie pendant un an et, actuellement, elle est rentrée dans mon service avec une péritonite tuberculeuse.

Mais, ce qu'il y a de remarquable, c'est que trois de ces femmes ont eu des grossesses parce que je n'ai opéré qu'un côté, l'autre paraissant bon. Le cas de l'une d'elles est très intéressant : il s'agit d'une femme ayant une salpingite tuberculeuse, une des trompes était grosse comme le pouce, l'ovaire était rempli de pus et se rompit pendant l'opération ; on fut obligé de faire le lavage du péritoine, les annexes de l'autre côté étant saines furent laissées en place. La malade guérit. L'opération date de deux ans. Cette femme est devenue enceinte et elle est rentrée dans mon service pour y accoucher il y a trois mois.

Voilà les résultats de 90 opérations sur lesquelles j'ai des renseignements précis.

Quant aux autres, j'ai eu 4 morts, mais je ne puis pas donner de résultats définitifs par une bonne raison, c'est que ces malades n'ont pas été suivies assez longtemps et je crois que ce serait illusoire. Ma communication portera principalement sur cette complication bizarre que j'ai trouvée trois fois et dont M. Le Dentu a parlé. Dans un premier cas qui s'est présenté à moi il y a un an

il s'agit d'une femme opérée de salpingite catarrhale double avec adhérences et pédicule facile à lier. Elle sortit de la Salpêtrière bien portante et, trois mois et demi après, elle revint ayant eu depuis quelques jours seulement des phénomènes douloureux dans le ventre avec fièvre et température assez élevée — 40° un soir. — Je l'examinai avec soin et je trouvai du côté gauche du ventre une tuméfaction plus grosse que le poing, s'appliquant sur la paroi abdominale et très douloureuse. Par le toucher, je trouvai la même masse sur les côtés de l'utérus et du vagin. Je fis une ponction à travers la paroi abdominale, elle donna issue à 324 grammes de liquide séreux, légèrement coloré en jaune, comme du liquide ascitique. L'analyse de ce liquide révéla la présence de l'albumine et de la fibrine, c'était par conséquent du liquide inflammatoire, sans trace de microbes ni de pus.

La ponction soulagea immédiatement la malade qui depuis est restée absolument guérie.

Voilà donc un cas dans lequel il s'est fait dans le ventre à côté de l'utérus, un épanchement de 324 grammes de liquide légèrement inflammatoire qui a disparu par une simple ponction.

En décembre dernier, je fis à peu près la même opération pour une salpingite double. La malade sortit après la troisième semaine et quinze jours après elle rentra avec les mêmes phénomènes que la première. La tumeur était plus profondément située, s'avançant davantage dans le vagin. Je fis par le vagin une ponction avec l'aspirateur Potain et je retirai à peu près le même liquide (300 grammes environ), ayant la même composition chimique. La malade fut immédiatement soulagée et elle est sortie de mon service. Cependant, elle souffre encore un peu, car elle est venue me voir, mais on ne trouve plus rien d'appréciable dans la région où j'avais constaté l'existence de cette collection liquide que la ponction a fait disparaître.

Voici un autre fait qui est encore plus extraordinaire : j'ai opéré une malade par la méthode de Péan pour suppuration très ancienne des deux côtés du bassin, j'ai enlevé l'utérus en totalité, vidé la poche et la malade a guéri. Du moins, tout s'est passé normalement et actuellement, il y a cinq semaines que la malade est opérée, on trouve dans le fond du cul-de-sac vaginal une oblitération, c'est-à-dire cicatrisation complète. Il y a huit jours, elle a présenté les mêmes phénomènes : élévation de température brusque, douleur

violente dans le ventre. Elle présente à droite une poche que j'ai ponctionnée par la voie abdominale et qui a donné 375 gram. de liquide identique aux précédents.

En présence de ces faits je me suis demandé quelle en pouvait être l'explication. Comme M. Le Dentu, je pense qu'il s'agissait d'un moignon de la trompe qui se serait rempli de liquide. Cependant, il peut y avoir discussion sur ce point car le liquide n'est pas kystique mais inflammatoire puisqu'il contenait des fausses membranes.

Ce que je voulais vous montrer, ce sont ces accidents bizarres qui ne paraissent pas dangereux mais qui donnent lieu à l'apparence d'un abcès du bassin, abcès qui disparaît par une simple ponction.

M. Bouilly (de Paris). En réponse à la question posée par le comité du congrès, j'aurai peu de chose à dire car j'ai fait la réponse au congrès international. Je ne pourrai donc que répéter les conclusions que j'ai formulées à ce moment-là, d'autant plus que les nouveaux faits que j'ai observés n'ont fait que les confirmer.

J'ai dit et je répète que les résultats fournis par l'ablation des annexes malades sont excellents dans les cas où l'indication est fournie formellement par la présence et la nature bien déterminée d'une lésion. Il faut placer en première ligne les pyosalpingites et les ovarites suppurées ; et, en deuxième ligne, les ovarites, et péri-ovarites douloureuses qui donnent également de bons résultats. J'ai fait au congrès international des réserves sur les résultats fournis par l'ablation dans les salpingites catarrhales et interstitielles et enfin j'avais formulé la prescription de l'opération pour les accidents nerveux hystériques ou hystériformes.

Aujourd'hui, je laisse ce côté de la question à part et je veux traiter ce point : les insuccès thérapeutiques et leur cause après l'ablation des annexes.

Les résultats d'une façon générale sont assez beaux et les opérations sont assez riches en succès pour qu'on puisse sans leur faire tort raconter quelques-uns de ces insuccès pour les perfectionner dans l'avenir. Les faits auxquels je faisais allusion étaient au nombre de 45, ils sont maintenant au nombre de 70. Ils n'ont pas sensiblement modifié mes conclusions générales, mais ils m'ont permis de mieux rechercher qu'elles étaient les causes de ces nsuccès.

On peut classer ces insuccès ou accidents tardifs après l'ablation des annexes en trois catégories :

1° Poussées péritonéales récidivantes.

2° Douleurs persistantes plus ou moins tenaces (permanentes ou passagères).

3° Écoulements se faisant par l'utérus, muqueux, muco-purulents ou hémorrhagiques.

Je vais examiner chacune de ces catégories successivement.

Les *poussées péritonéales pourront se reproduire après l'ablation des annexes :* dans deux cas d'ablation bilatérale pour affection suppurée, six mois après il y eut dans l'un une véritable péritonite subaiguë et nous eûmes une certaine inquiétude. Je pensais à une hématocèle car on constatait dans le ventre la présence d'une tuméfaction abdominale, vaginale se produisant avec une abondante hémorrhagie qui fut, du reste, la dernière apparition des règles. Après un mois de repos tout disparut. Dans l'autre cas de péritonite subaiguë observé longtemps après la laparotomie les choses se passèrent de la manière suivante : il s'agit d'une malade opérée d'un seul côté au mois de janvier 1887 et revenue en septembre 1889, dix-huit mois après l'opération avec péritonite subaiguë et abcès qui se rouvrit au bas de la cicatrice. En relisant les détails de l'observation, je constatai que j'avais fait l'opération d'un seul côté et il est vraisemblable que ce sont ces annexes qui ont été la cause de la poussée péritonéale.

J'insisterai davantage sur la *persistance ou le retour des douleurs* après l'opération. C'est un accident noté par un certain nombre d'opérateurs, pénible pour les malades et le chirurgien puisqu'il laisse les malades dans l'état de demi-invalides, ce qui leur fait croire qu'elles ont subi une opération inutile. J'ai observé cet accident dans des conditions un peu différentes : chez une malade opérée en 1887 il y eut retour périodique des douleurs se manifestant d'une façon absolument régulière quinze jours après les règles pour aller jusqu'au moment des règles, douleurs ayant le même caractère que celles ayant précédé l'opération, avec légère tuméfaction d'un des culs-de-sac. Je patientai pendant quatre ans et la malade suivit tous les traitements usités en pareil cas : Plombières, etc. et l'année dernière, sur ses instances, après constatation de la tumeur, je lui fis une seconde laparotomie. Je m'attendais à trouver une trompe kystique dilatée par des produits de nouvelle formation. Je trouvai une petite hématocèle enkystée sur le bord droit de l'utérus. Mon doigt déchira les fausses membranes, je pus

enlever quelques lambeaux membraniformes et tout rentra dans l'ordre. La malade n'a plus de troubles, de douleurs, la menstruation a diminué et l'état général est bon.

J'ai observé deux autres cas douloureux qui constituent un insuccès pour l'opération : il s'agit de deux femmes opérées pour salpingite catarrhale et interstitielle, les trompes étant de petit volume avec adhérences nombreuses, cas dans lesquels l'ablation des annexes est particulièrement laborieuse. Dans l'un de ces cas, il y avait eu ablation incomplète car je lis dans les détails de l'opération que celle-ci avait été difficile, l'ovaire avait été déchiqueté et la trompe enlevée en plusieurs fois. Par conséquent, je crois que c'est l'ablation incomplète qui est la cause des accidents.

Je crois donc qu'il faut ou résister à l'opération ou la faire avec tout le raffinement de la technique opératoire afin de ne rien laisser dans le ventre car ce sont les débris des annexes qui sont la cause des accidents.

Dans d'autres cas comparables où l'ablation a été complète, mieux faite, les douleurs disparaissent absolument et c'est une des opérations qui donne lieu aux guérisons les plus rapides et les plus solides.

Un autre cas d'insuccès partiel de l'ablation des annexes est fourni par le *retour d'écoulements muqueux, muco-purulents ou hémorrhagiques*. Trois fois j'ai fait le curettage dans ces cas et dans l'un il s'agissait d'une hémorrhagie assez abondante pour inquiéter. Je ne saurais expliquer cette persistance par autre chose que par un mauvais état de la muqueuse utérine puisque dans ces trois cas j'ai vu cesser l'écoulement par le traitement de l'endométrite catarrhale après curettage de la muqueuse utérine et abrasion de la muqueuse utérine presque en totalité.

Une fois j'ai eu affaire à des métrorrhagies dont la cause m'est restée inconnue. Ces métrorrhagies ont persisté pendant six mois. elles ont cessé lorsque la ménopause s'est établie d'une façon définitive. Je me suis demandé à ce propos pourquoi la muqueuse utérine saigne si abondamment après l'ablation des annexes tandis qu'elle ne saigne pas après l'ablation des fibro-myômes.

En résumé, sur 70 malades que j'ai retrouvées et suivies, j'ai observé 9 fois des accidents consécutifs : 2 fois péritonite grave avec abcès ayant guéri la 1re spontanément, la 2e après ouverture d'un abcès (après réouverture de la paroi abdominale) ; 3 fois dou-

leurs tenaces avec persistance chez deux malades névropathes chez lesquelles j'ai laissé des lambeaux membraneux, reliquat d'annexes ; 3 fois écoulement muqueux ayant cédé au curettage et 1 fois métrorrhagies qui ont cédé spontanément mais après avoir été inquiétantes, de sorte que je ne connais vraiment que deux cas qui soient l'opprobre de l'opération, ceux des femmes aux douleurs tenaces contres lesquelles je suis désarmé.

Je termine comme j'ai commencé en disant que ces quelques cas ne sont pas faits pour nous décourager, tant s'en faut, et que c'est au contraire à les connaître et à en rechercher la cause que nous devons nous appliquer, de manière à mieux les éviter dans l'avenir.

M. L. G. RICHELOT (de Paris). (Voir plus haut p. 257 le compte rendu complet de cette communication.)

M. JEANNEL (de Toulouse). Je parlerai d'accidents tardifs que j'ai observés pour dégénérescence kystique, pour abcès de l'ovaire ou pyosalpingite. Ces accidents étaient analogues à ceux signalés par MM. Le Dentu et Bouilly.

J'ai observé des accidents tardifs à la suite d'ablation pour dégénérescence kystique de l'ovaire chez une demoiselle de 40 ans, hystérique présentant des troubles digestifs dépendant probablement de vers intestinaux que j'ai pu constater, troubles qui ont récidivé.

Dans un cas d'endométrite intense avec lésions bilatérales avec troubles digestifs antérieurs, j'ai constaté la persistance de la dyspepsie. Cette malade était une nerveuse, prétendant être enceinte et ayant un rein mobile. J'en suis à me demander si le rein mobile n'est pas pour quelque chose dans la persistance des troubles digestifs.

Chez une autre malade opérée pour pyosalpingite volumineuse, quatre mois après l'opération un abcès s'est ouvert : un fil à ligature sortit et la guérison suivit bientôt.

Je ne partagerai pas l'opinion de M. Jacobs au point de vue de l'importance de l'ablation des annexes sur les femmes atteintes de rétro-déviation. Toutes les fois que j'ai eu à traiter des malades ayant une rétro-déviation en même temps qu'une affection des annexes, j'ai fait simplement l'ablation des annexes et j'ai vu tous les accidents disparaître les malades reprenant la santé la plus parfaite.

Plusieurs de mes malades ont vu leurs règles persister. J'en ai observé d'autres qui, au moment où elles auraient dû avoir leurs règles, avaient des poussées congestives, hémorrhoïdaires du côté du rectum qui simulaient les règles, d'autres avaient des bouffées de chaleur, des hémoptysies en même temps que leurs règles. C'étaient toujours des accidents passagers durant sept à huit mois au plus.

Enfin j'ai observé comme accidents plus précoces : deux fois des complications analogues à celles dont nous ont parlé MM. Le Dentu et Terrillon. La première fois, il s'agissait d'une femme atteinte de rétroversion, de salpingite et ovarite kystique. J'avais enlevé les annexes en abandonnant l'utérus. Vingt jours après l'opération, après succès, la malade vit revenir ses règles et, en même temps se développer dans la fosse iliaque droite une tumeur douloureuse ayant les caractères décrits par M. Terrillon, avec élévation de température et l'état général devint grave. Je dus pratiquer une laparotomie latérale, j'obtins environ 300 à 400 grammes de liquide hématique : la guérison eut lieu facilement par le drainage et la gaze iodoformée. Les accidents n'ont pas reparu.

Chez une autre malade opérée pour pyosalpingite extrêmement difficile, j'ai vu le même accident se présenter mais atténué. Au moment des règles, en même temps que l'écoulement menstruel, apparaissait une tumeur dans la fosse iliaque gauche qui ne me semblait pas liquide. Je ne suis pas intervenu, j'ai abandonné la tumeur à elle-même et elle est actuellement en voie de résolution.

Je dirai, en terminant, que pour les accidents dont ont parlé MM. Le Dentu et Terrillon, je ne crois pas qu'ils dépendent du retour des périodes menstruelles.

M. Pozzi (de Paris). Insiste seulement sur les éventrations consécutives à l'opération. Il a toujours pu éviter cet accident en adoptant pour la plaie un procédé de suture à trois étages qu'il décrit en détail. Il invite les membres du Congrès à examiner les résultats qu'il obtient par ce procédé sur quelques malades qu'il a pu réunir.

M. Segond (de Paris). Mes observations sont peu nombreuses. Elles portent sur 17 femmes opérées par laparotomie, depuis deux ans environ. Ce nombre fort restreint ne me donnerait guère le droit de parler aujourd'hui, où des documents nombreux ont été apportés, si je n'avais une pensée à côté de la question, bien que

cependant elle ne s'en éloigne pas au point de vue thérapeutique, au point de vue des malades.

Je désire opposer les résultats de la laparotomie à ceux de l'hystérectomie par la voie vaginale.

Mes 17 malades se répartissent de la manière suivante : 1 insuccès thérapeutique complet chez une femme souffrant beaucoup pour des lésions non suppurées des annexes ; les 16 autres ont donné : 5 guérisons radicales complètes dans lesquelles l'ablation des annexes a donné un résultat parfait, dont deux pour pyosalpingite et trois pour lésions non suppurées (je me félicite d'autant plus de ce résultat qu'elles sont plus difficiles à guérir) ; 7 ont bénéficié très largement de l'opération car, depuis lors, elles travaillent et sont très heureuse relativement à leur situation passée. Cependant, une femme qui avait des lésions non suppurées des annexes ne doit pas être considérée comme guérie car elle souffre encore. Elles n'ont pas de pertes, mais elles ont des sensations douloureuses dans le ventre, des sensations de pesanteur, des phénomènes de compression sur l'intestin et des douleurs dans les côtés mais atténuées. L'ablation des annexes, en somme, n'a pas guéri ces 7 femmes ; enfin, 5 restent parmi lesquelles 4 avaient des affections suppurées très graves des annexes avec pelvi-péritonite et une des lésions non suppurées, ces malades ont des accidents fréquents du côté de l'utérus ; métrorrhagies profuses qui ont nécessité deux fois le curettage et écoulements muco-purulents qui ont nécessité trois fois la même opération. Ce traitement est demeuré impuissant.

Voilà les résultats que j'ai obtenus. Trois de ces malades ont des hernies. Je sais bien que je n'ai pas eu recours dans ces cas-là au procédé perfectionné que Pozzi vient de vous exposer ; cependant j'avais fait de mon mieux. Voici dans quelles conditions est survenue une de ces hernies, et je me demande si le perfectionnement opératoire indiqué aurait suffi pour la prévenir : c'est dans un cas de pelvi-péritonite suppurée avec lésions suppuratives des annexes pour lequel ordinairement je pratique l'hystérectomie vaginale, ainsi, du reste, que tous les membres de la Société de chirurgie, sauf Pozzi, ont reconnu qu'il fallait le faire, la hernie s'est produite au niveau du drainage, ce qui n'aurait pas eu lieu si j'étais intervenu par le vagin.

Je n'insiste pas davantage. Je ne veux pas dire non plus que l'absence ou l'existence d'une cicatrice ait une valeur considérable ;

mais je continue à croire qu'une cicatrice n'est pas un ornement désirable et que quand il sera possible de l'éviter cela vaudra mieux. N'allez pas supposer que ce que je dis soit une critique de la laparotomie dans ces cas-là, ce serait faire un mauvais procès à la laparotomie et, d'ailleurs, je suis le premier à reconnaître l'omnipotence de ce procédé, car dans tous les cas où il y a hésitation pour le diagnostic sur la bilatéralité, je suis partisan de la laparotomie. .

Ceci dit, permettez moi de vous parler des résultats obtenus par l'opération de Péan. Ces résultats sont jeunes, mais je serai très modeste dans mes affirmations. Ils sont au nombre de 30 dont 23 ont été publiés à la Société de chirurgie (1). Je ne parlerai pas de tous ces cas. J'en prendrai 17 pour lesquels je suis intervenu du mois d'août au mois de décembre, par conséquent datant de trois à six mois. Les résultats que j'ai obtenus dans ces 17 cas sont assez curieux. Sauf un cas qui était celui d'une femme antérieurement laparotomisée, à laquelle un chirurgien avait enlevé les annexes pour suppuration pelvienne, qui à la suite de l'opération a eu une récidive grave pour laquelle j'ai pratiqué l'hystérectomie vaginale; la malade n'est pas complètement guérie et elle souffre encore.

Pour toutes les autres le résultat est bon, les malades se portent bien et n'ont pas la moindre douleur dans le petit bassin. Elles présentent un point dont je veux vous parler, c'est que ce bon résultat offre ceci de particulier qu'il semble que la nature des lésions des annexes n'ait pas influencé d'une façon notable le résultat thérapeutique. Or, si j'en crois ce qui a été dit sur le pronostic de la laparotomie, il n'en est pas de même pour celle-ci. Je vous renvoie pour cette question aux anciennes communications de Bouilly, et à ce qui a été dit tout à l'heure.

Sur les 16 malades qui ne souffrent plus, il y en a 9 qui avaient des suppurations pelviennes parmi lesquelles 5 pelvipéritonites, et, à l'heure qu'il est, tous les membres de la Société de chirurgie, sauf Pozzi, acceptent l'hystérectomie vaginale pour ces cas ; 4 autres avaient des lésions suppuratives, or, comme vous le savez, il est certain que le pyosalpinx est le triomphe de la laparotomie ; par conséquent la laparotomie aurait donné dans le cas auquel je fais

(1) Voir *Annales de gynécologie*, mars 1891.

allusion des résultats aussi bons ; mais pour les 7 autres qui ne souffrent plus, qui sont absolument guéries elles rentrent toutes dans les cas mauvais au point de vue du résultat définitif dont nous a parlé Bouilly, petites annexes adhérentes, lésions non suppurées et j'ajoute que sur ces sept malades il y avait trois hystériques avérées. Or ces sept malades auxquelles j'ai pratiqué l'hystérectomie sont absolument guéries.

Tels sont les faits que je voulais vous exposer. J'attache d'autant plus d'importance à la petite réflexion que je viens de vous faire que je suis, moi personnellement, avec Reclus et Nélaton, convaincu que, dans les cas où l'ablation bilatérale des annexes est indiquée, il y a avantage à remplacer la laparotomie par la castration de Péan. Lorsque cette question a été soumise à la Société de chirurgie, il m'a été fait une concession totale pour les cas de pelvi-péritonites suppurées, mais où je n'ai pas obtenu de concession, c'est pour les cas où l'on peut énucléer les annexes alors qu'il n'y a pas suppuration, et dans ces cas, si nous disons que les femmes guérissent aussi bien par ce procédé, que le pronostic tardif est meilleur (ce qui n'est pas douteux), nous ne nous occupons pas de la cicatrice, et si on démontre cela, on pourra reconnaître que l'intervention vaginale est bien préférable.

M. Routier (de Paris). — J'ai pratiqué, depuis 1887 jusqu'en 1890, 52 ablations des annexes, 27 pour pyosalpingites dont 4 tuberculeuses, 7 hydrosalpinx, 7 hématosalpinx, 11 salpingo-ovarites interstitielles, toutes ces malades ont été revues depuis trois mois ; chez presque toutes, les suites ont été excellentes ; cependant, j'ai observé chez un très grand nombre, à l'époque des premières règles, des poussées congestives intenses du côté de la face, des pesanteurs, des malaises.

Quant aux résultats éloignés, j'envisagerai successivement les pertes utérines, l'état de la sensibilité du ventre, enfin les modifications survenues dans l'utérus et dans l'habitus général.

1° La suppression totale et absolue des règles a *toujours* suivi l'ablation totale des annexes, je ne les ai vues persister que dans les cas où j'avais pu laisser un petit lambeau d'ovaire adhérent, notamment dans deux cas d'hématosalpinx où les ovaires étaient déchirés et pour ainsi dire méconnaissables.

2° Le ventre est, en général, peu sensible après l'opération, du moins en dehors de la période qui devrait correspondre au mens-

trues. Mais on voit quelquefois à cette époque les malades souffrir du bas-ventre, avoir des bouffées de chaleur. La moitié de mes opérées offrent à des degrés divers ces phénomènes ; toutes d'ailleurs se trouvent en dehors de ce moment dans un état parfait.

3° L'*atrophie utérine* est pour ainsi dire constante. Un certain nombre de mes malades ont engraissé, toutes ont pris des couleurs.

Dans les 4 cas de pyosalpingites tuberculeuses, j'ai vu une de mes opérations suivie de *fistule* longtemps persistante. Elle a fini par guérir ; une autre a eu une fistule vésicale persistante, une troisième, prise d'urticaire, a défait son pansement, infecté sa plaie ; elle a un phlegmon de la paroi.

J'ai fait quelquefois la castration unilatérale, mais je n'ai pas eu à m'en louer, la fécondation n'est pas survenue, les malades ont souvent souffert.

En résumé, l'ablation des annexes donne d'excellents résultats pour les pyosalpingites ; dans les autres affections, hydrosalpinx, hématosalpinx, salpingites interstitielles, ovaires kystiques, les résultats sont bons aussi, mais on voit plus souvent les malades jeunes incommodées de la suppression des règles.

M. Bazy (de Paris). — Je désire communiquer deux observations de laparotomie pratiquée chez des hystériques et pour remédier à des accidents hystériques.

Dans un premier cas, il s'agissait d'une malade de vingt-trois ans sujette à des crises consistant en douleurs dans le côté droit du bas-ventre avec claquement de dents et vomissements durant dix à quinze minutes, et revenant plusieurs fois dans la journée. Elle avait été traitée sans succès par les calmants, l'électricité, l'hydrothérapie.

L'examen révéla de l'immobilité de l'utérus, la laparotomie fut pratiquée, les ovaires et les trompes étaient absolument plaqués contre le petit bassin par des adhérences nombreuses, épaisses et anciennes, je me bornai à détacher les adhérences utérines. Les suites furent bonnes ; les douleurs diminuèrent beaucoup tout d'abord, mais j'ai appris qu'elles étaient en grande partie revenues.

Dans l'autre cas, il s'agissait d'une femme de quarante ans, qui avait eu une attaque d'hémiplégie hystérique qui avait disparu après treize mois. Depuis février 1889, elle était atteinte de paraplégie avec contracture en flexion et anesthésie absolue.

Le docteur Ballet, me l'adressa : je constatai, dans les deux annexes, l'existence de petites tumeurs, et l'abdomen était le siège de phénomènes douloureux, je fis la laparotomie et j'enlevai les deux ovaires, qui étaient kystiques, et les trompes, qui contenaient chacune un kyste. Les suites opératoires furent excellentes de même que les résultats thérapeutiques.

Une intervention chirurgicale ne me paraît donc permise dans l'hystérie, qu'autant qu'on constate des lésions du côté des annexes. L'hystérie étant une maladie à manifestation multiple et à récidive, si on fait la laparotomie, on n'est autorisé à enlever les annexes que si elles sont altérées.

M. Doyen (de Reims). — J'ai pratiqué 56 opérations sur les annexes et l'utérus pour des lésions autres que les tumeurs ovariques et le cancer.

1° 32 laparotomies ont donné : 2 morts opératoires et 3 résultats nuls; ces derniers : chez une femme atteinte de salpingite purulente double, fistuleuse et chez 2 hystériques opérées *in extremis*, l'une vierge et l'autre atteinte d'accès fébriles intermittents d'origine paludéenne, 7 femmes continuèrent à souffrir de pesanteurs abdominales, de névralgies, de crises gastralgiques ; 3 de ces cas s'améliorèrent grâce à un traitement approprié ; une quatrième malade subit une hystéropexie secondaire, 2 autres l'hystérectomie vaginale ; la dernière, qui conserve un gâteau tubo-ovarien ancien et enflammé, devra se soumettre à la même intervention. Les 20 résultats satisfaisants comprennent 13 castrations tubo-ovariennes doubles et 7 opérations incomplètes, dont 4 cas de destruction simple d'adhérences pelviennes avec réduction de l'utérus rétroversé.

Je signalerai parmi les opérées de castration tubo-ovarienne, une hystérique aujourd'hui complètement guérie de ses crises.

2° J'ai tenté, en 1886, sans résultat thérapeutique, une laparotomie sous-péritonéale dans un cas analogue à celui signalé plus haut, de fistule purulente tubo-rectale. Depuis, j'ai guéri, en atteignant par cette voie des masses inflammatoires péri-utérines unilatérales non suppurées et en les incisant jusqu'au voisinage du col, trois femmes affaiblies et chez lesquelles la laparotomie nous semblait impraticable.

3° J'ai pratiqué de propos délibéré depuis l'année 1887 l'hystérectomie vaginale pour des lésions non néoplasiques des annexes.

Vingt hystérectomies m'ont donné un cas de mort. Les résultats thérapeutiques de l'hystérectomie vaginale sont des plus remarquables.

Les résultats éloignés de ces 56 opérations démontrent que la castration totale, c'est-à-dire l'hystérectomie vaginale suivie d'ablation des annexes, est l'opération qui donne les succès thérapeutiques les plus constants et les plus durables.

Je la pratique de propos délibéré toutes les fois que l'utérus, douloureux et déplacé, doit être sacrifié. Mais, il est souvent possible de ménager les fonctions ovariennes, et les guérisons que nous avons obtenues par la simple destruction des adhérences pelviennes et par la laparotomie sous-péritonéale, prouvent que la castration et l'hystérectomie sont souvent excessives.

Dans les cas réellement compliqués, la laparotomie exploratrice doit précéder l'hystérectomie vaginale, et parfois la première des deux opérations suffit.

Dans les cas de fistules purulentes péri-utérines, l'hystérectomie vaginale est toujours le procédé de choix.

Restauration du vagin après ablation de la cloison recto-vaginale.

M. Leprévost (du Havre). — Une paysanne de 32 ans, mère de 4 enfants, m'avait été adressée en août dernier, avec le diagnostic de cancer du rectum, diagnostic confirmé par l'examen local. On trouvait, en effet, une surface saillante, bourgeonnante et friable, occupant la paroi antérieure du rectum, empiétant un peu sur les faces latérales, descendant jusqu'au voisinage de la marge de l'anus, et haute d'environ 6 à 7 centimètres. La muqueuse vaginale est indurée, et épaissie dans une certaine hauteur, elle fait corps avec la tumeur rectale ; il est impossible de la mobiliser ou d'obtenir à son niveau le moindre glissement.

D'après les auteurs classiques il ne me restait qu'à abandonner la malade à son triste sort où à enlever la cloison recto-vaginale, avec la perspective de créer un cloaque, je cherchai donc en dehors des procédés habituels un moyen de prévenir une telle éventualité, tout en enlevant largement la tumeur recto-vaginale. Voici le procédé auquel je m'arrêtai.

1er *Temps*. — La malade endormie et placée dans la position de la taille périnéale, je dissèque aux dépens du périnée un vaste et

épais lambeau comprenant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Ce lambeau est semi-lunaire, son bord concave répond à la fourchette, son bord convexe à l'anus, ses extrémités se continuent avec les grandes lèvres. Le lambeau est mobilisé et complètement libéré au niveau de la vulve, il ne se soutient plus que par ses extrémités. Il est relevé et fixé provisoirement à la partie supérieure de la vulve.

2e *Temps*. — La tumeur est soulevée et attirée en bas par deux doigts introduits dans le rectum, puis la cloison est réséquée d'un coup de bistouri, des pinces hémostatiques sont placées en grand nombre sur les artères qui donnent en abondance et sont liées au catgut.

3e *Temps*. — Le lambeau périnéo-vulvaire est rabattu et attiré en bas et en arrière, puis suturé par son bord convexe au cul-de-sac vaginal postérieur. Ainsi disposé, le lambeau regarde le rectum par sa face cutanée, le vagin par sa face cruentée.

4e *Temps*. — La paroi antérieure du rectum est légèrement attirée en bas et fixée par quelques points de suture à la plaie périnéale.

Les résultats immédiats et secondaires de l'opération ont été excellents, tant au point de vue plastique qu'au point de vue fonctionnel, vaginal et rectal. Seulement la moitié antérieure du sphincter anal ayant dû être sacrifiée, la malade éprouve de temps à autre un peu d'incontinence fécale. Aujourd'hui, sept mois après l'opération, elle ne présente aucune apparence de récidive.

Ce procédé est d'une exécution facile et je le crois applicable, non seulement aux néoplasmes, mais encore, avec quelques modifications de détail, à certaines fistules recto-vaginales rebelles.

Malformation utéro-vaginale.

M. Delagénière (du Mans) relate un cas de malformation congénitale chez une femme de 23 ans. Il y avait absence totale du vagin et d'utérus, mais la présence des ovaires était révélée par des phénomènes congestifs du côté du poumon. M. Delagénière fit la laparotomie le 4 fév. 1891, trouva les ovaires dans les fosses iliaques et en fit l'extraction. 12 jours plus tard, il établit chez la malade un vagin artificiel au-devant du rectum, tapissé en partie par la muqueuse vestibulaire et en partie par deux grands lam-

beaux cutanés empruntés aux régions anale et fessière. Depuis l'opération la malade se porte bien, n'a plus eu de phénomènes de congestion pulmonaire. Le vagin artificiel persiste avec les mêmes dimensions qu'après l'opération.

M. Delagénière insiste au point de vue anatomo-pathologique sur l'état scléro-kystique des ovaires ectopiés.

Hystérectomie abdominale.

M. Terrillon (de Paris). — J'ai pratiqué jusqu'à ce jour 26 hystérectomies abdominales sus-vaginales vraies pour fibromes utérins, et voici les modifications que la pratique m'a suggérées : 1° simplifier autant que possible la suture péritonéale en la supprimant presque totalement au niveau du pédicule ; 2° dessèchement soigné du pédicule à l'aide de la poudre de tannin mélangée d'iodoforme qui empêche l'humidité et la suppuration du moignon ; 3° suppression des fixateurs métalliques qui sont souvent, eux aussi, une cause d'infection ; 4° remplacement des liens de caoutchouc qui cassent facilement, non par des tubes à drainage, mais par des sondes d'homme en caoutchouc rouge du numéro 14 à 15. Ces sondes sont soigneusement désinfectées par un séjour prolongé dans une solution de permanganate de potasse, bouillies et plongées finalement dans des tubes de verre contenant une solution de sublimé à 2 pour 1000 et portées pendant quinze minutes à l'autoclave à 130°. Je m'applique tout particulièrement à opérer aussi rapidement que possible.

Sur ces vingt-six opérations je n'ai eu que trois morts : une première par septicémie chronique au trente-neuvième jour ; une seconde par septicémie, dans un cas où je n'avais pas lié le pédicule avec du caoutchouc et où les vaisseaux sanguins du pédicule et des ligaments larges avaient été serrés séparément ; enfin une troisième par septicémie banale au quatrième jour.

Le pédicule extérieur a des inconvénients sérieux ; il n'est pas rare de voir persister, après sa chute, une fistule abdomino-vaginale rebelle, de plus, cette région de la cicatrice est le siège assez fréquent d'éventrations secondaires.

La seconde catégorie comprend 28 faits dans lesquels j'ai réduit le pédicule dans le ventre. Je me suis, dans ces cas, toujours appliqué à bien serrer le caoutchouc ligateur, à désinfecter très exactement le pédicule, en abrasant et cautérisant la cavité uté-

rine ouverte. Les ligatures sur le ligament large sont surveil ées avec soin. Enfin, je veille à placer le pédicule dans le petit bassin de manière à éviter des adhérences avec les anses intestinales.

J'ai eu seulement trois morts. La première est survenue par hémorrhagie ; mon lien élastique s'était dénoué et la malade a succombé dans la nuit.

La seconde malade est morte de septicémie ; enfin dans le troisième cas, il s'agissait d'une hystérectomie extrêmement difficile pour une tumeur de 14 kilogrammes ; au cours de l'opération, j'ai ouvert la vessie et dû décortiquer très péniblement l'intestin.

En résumé, la réduction du pédicule m'a donné d'excellents résultats ; je n'ai vu qu'une ou deux fois un petit accident tardif, l'élimination par la cavité cervicale du fil de caoutchouc qui avait coupé le pédicule qu'il étreignait.

Parmi ces opérations, toutes ont été faites dans des cas très graves, deux fois je n'ai pas trouvé de pédicule utérin : une fois il s'agissait d'un énorme fibrome pesant 32 kilogrammes ; la seconde malade avait un fibrome de 19 kilogrammes adhérent à la vessie : elle a succombé au bout de 5 ou 6 heures. Les deux méthodes sont donc à peu près également bonnes, la seconde convient surtout aux pédicules courts et étroits, la première convient mieux aux pédicules longs et larges.

Deux ablations de l'utérus cancéreux par la voie sacrée.

M. Terrier (de Paris). — La voie sacrée, indiquée par Kraske en 1885, pour l'extirpation du rectum, n'a pas tardé à être utilisée pour l'ablation de l'utérus. Herzfeld, en 1888, pratiqua un certain nombre d'essais sur le cadavre, et montra qu'après résection du coccyx et de la partie inférieure du sacrum, jusqu'au 3e trou sacré, cette ablation devenait praticable.

Après quelques recherches anatomiques du même genre, Hochenegg (de Vienne) pratiqua, le premier, l'opération sur le vivant : dans un premier cas (décembre 1888), il resta une fistule stercorale persistante ; deux autres interventions, en 1889, se terminèrent, l'une par une guérison rapide, l'autre par la mort, aussi très rapide, et due à la septicémie aiguë ; dans ce dernier fait, l'uretère droit avait été pris dans une ligature. Hégar préconise la résection temporaire, et rabat par en haut le segment sacro-coccygien résé-

qué ; en 1889, ses trois premières observations sont publiées par Wiedow ; l'une se rapporte à un cancer utérin. Levy (de Berlin) pratiqua, à son tour, sur le cadavre, la résection temporaire, mais par abaissement et en réclinant en bas le segment osseux. Enfin Emil Zuckerkandl démontra que, sans intéresser les os, une incision conduite le long du bord latéral du coccyx et du sacrum donne un jour suffisant pour l'extirpation de la matrice ; et, par cette méthode, Wölfler (de Gratz) pratiqua deux extirpations utérines qui furent, du reste, très laborieuses.

C'est M. Roux (de Lausanne) qui semble avoir, jusqu'ici, le plus souvent utilisé cette voie sacrée ; ses opérations se montent à un chiffre relativement élevé ; dix, je crois ; il préconise, lui aussi, la résection temporaire sacro-coccygienue, et il taille un lambeau d'os et de parties molles qu'il rejette sur la fesse en volet latéral ; ses résultats sont assez satisfaisants. Je signalerai encore quatre extirpations de cancer utérin par la voie sacrée, dues à Bernard von Beck (deux guérisons, deux morts) ; une autre faite par Zinsmeister (1890) et terminée par la mort ; enfin des faits plus récents de Goldmann et de Czerny.

J'ai moi-même eu recours deux fois à l'hystérectomie sacrée et voici, en résumé, mes deux observations :

La première est celle d'une femme de cinquante-deux ans, atteinte d'un cancer du corps utérin, que la dilatation de la cavité cervicale et l'introduction du doigt avaient permis de reconnaître nettement. La tumeur constituée par le corps utérin était considérable, le col effacé, le vagin rétréci et résistant. Dans ces conditions l'ablation de l'utérus par la voie vaginale devenait impraticable, et je me décidai à suivre la voie sacrée.

Une incision fut menée de la partie supérieure et gauche du sacrum, à l'extrémité inférieure du coccyx ; j'arrivai ainsi jusqu'au releveur, qui fut sectionné à son tour, puis jusqu'au péritoine. Je ne fis pas la section transversale du sacrum, mais je pratiquai une résection osseuse assez analogue à celle de Kraske, c'est-à-dire que je fis sauter le coccyx et l'aile gauche du sacrum, au-dessous du troisième trou sacré. La brèche était suffisante ; mais l'utérus, très gros, était immobilisé et adhérent. Pourtant je l'attirai au dehors, je procédai à la ligature du ligament large droit, puis du ligament large gauche, plus facile à saisir, puisqu'il était directement accessible au fond de la plaie, j'avais même,

avec lui, amené au dehors les annexes. Le vagin fut alors réséqué circulairement à sa partie supérieure; la section donna du sang, je jetai des pinces sur les vaisseaux ouverts, et la cavité vaginale fut tamponnée à la gaze iodoformée.

L'un des temps les plus difficiles, fut l'ouverture du péritoine ; je n'y parvins qu'en tâtonnant avec le doigt. Au niveau de la partie supérieure de l'utérus, il adhère, en effet, à la face antérieure du rectum, et l'on est exposé à déchirer la paroi rectale. L'extirpation faite, je suturai les lambeaux péritonéaux : je le fis d'instinct, en quelque sorte, mais j'ai appris que telle est la pratique ordinaire des chirurgiens allemands. Un drain fut laissé dans la profondeur, puis les muscles et la peau suturés. L'opération n'avait pas duré plus d'une heure.

Les suites furent d'abord excellentes; mais, au quatrième jour, on découvrit quelques phlyctènes sur les lambeaux; j'attribuai l'accident à ce fait qu'on avait laissé la malade couchée sur le côté opéré ; elle est pourtant, comme je le dirai tout à l'heure, la position que recommandent plusieurs chirurgiens et en particulier M. Roux. Ces phlyctènes annonçaient le sphacèle partiel des lambeaux ; il survint, par suite, quelques accidents fébriles, puis l'eschare tomba, laissant une plaie, par où ressortaient les injections faites dans la cavité vaginale. La cicatrisation ne s'en fit pas moins ; il ne reste plus aujourd'hui qu'une petite plaie d'un demi-centimètre d'étendue; il n'y a aucune trace de récidive, et l'on ne sent plus, par le toucher, qu'une bride allant du côté droit du cul-de-sac vaginal au sacrum. L'opérée est en excellente santé.

Tel est mon premier fait; le second fut moins heureux. Femme de cinquante-deux ans, très grasse. Cancer intra-utérin, aussi diagnostiqué au doigt, après dilatation de la cavité cervicale; adhérences en arrière, ligament large droit épaissi et probablement envahi à sa base. Je fis la même incision cutanée, la même résection osseuse; j'aurais dû, sans doute, intéresser plus largement les os et me faire une voie plus grande. Toujours est-il que je trouvai des tissus infiltrés de graisse, un péritoine lui-même graisseux, et que j'eus les plus grandes difficultés, malgré un tamponnement rectal, et le soulèvement de l'utérus par le doigt d'un aide introduit dans le vagin, à reconnaître l'organe et à ouvrir le péritoine. L'utérus ne fut amené au dehors qu'avec

beaucoup de peine ; le col dégénéré et fixé l'immobilisait, et les annexes étaient adhérentes aux parois pelviennes. Ligature des ligaments larges et section circulaire du vagin. Je voulus enlever les annexes, complication opératoire que je crois maintenant inutile et même dangereuse dans des cas semblables ; les annexes droites furent extirpées, les annexes gauches se laissèrent attirer et enlever avec une facilité très grande ; mais, en faisant, la ligature, je pris l'uretère sans le serrer assez, il est vrai (comme je l'ai vérifié plus tard), pour empêcher le cours de l'urine ; je l'enserrai une seconde fois, dans un fil jeté autour de vaisseaux qui donnaient. L'opération avait duré deux heures un quart. La malade succombait au cinquième jour.

J'insiste sur ce fait que l'uretère a été lié du côté gauche, c'est-à-dire du côté de l'incision et de la brèche osseuse, de la partie libérée du bassin ; il devient en quelque sorte libre et flottant, de ce côté, et suit les annexes avec la plus grande facilité. Pareil accident est survenu dans une des opérations d'Hochenegg, et c'était encore du côté de l'incision, du côté gauche du bassin, sur l'uretère gauche. Il convient donc de retenir que, dans l'opération par la voie sacrée, on est exposé à blesser l'uretère plus souvent que dans les hystérectomies par l'abdomen ou le vagin.

J'estime, quant à moi, que l'hystérectomie sacrée est une opération d'exception, et l'ablation par le vagin reste l'opération de choix. Mais, dans les cas où le vagin est rétracté et inextensible, quand il n'y a plus de col susceptible de fournir un point d'appui aux tractions, que le corps utérin est très volumineux, qu'il y a des adhérences latérales, et une dégénérescence cancéreuse des ligaments larges ; alors, et alors seulement, c'est à la voie sacrée qu'il faut recourir. L'opération est difficile, on a peine à reconnaître l'utérus et à ouvrir le péritoine, on est exposé à saisir l'uretère, attiré par une pince. Pour ce qui est de la technique opératoire, je crois que la résection temporaire, en volet, telle que la pratique M. Roux, est un bon procédé ; il faut faire une résection large, c'est le meilleur moyen d'éviter les écueils dont j'ai parlé, et la résection temporaire a l'avantage de permettre la reconstitution, au moins partielle, de la ceinture pelvienne.

M. Roux (de Lausanne). — Je considère aussi l'extirpation de l'utérus cancéreux par la voie sacrée comme une opération d'exception, qui doit être réservée aux cancers volumineux du corps.

On obtient une brèche énorme par le procédé du volet, que j'ai préconisé, et maintes fois j'ai eu l'occasion de montrer à mes assistants combien toute la région pelvienne devenait alors largement accessible ; avec une ouverture pareille, on n'est pas exposé à blesser l'uretère.

Sur une dizaine d'opérations, je n'ai eu qu'une mort, après une intervention fort laborieuse, où j'avais dû réséquer une portion de la vessie et 5 centimètres de l'uretère ; la suture urétéro-vésicale n'avait pas tenu, et l'épanchemant de l'urine dans le ventre avait sans doute provoqué l'accident fatal. Je rejette le volet, une fois taillé, sur la fesse et je l'y maintiens par un point de suture pendant toute la durée de l'extirpation proprement dite ; les lèvres de la brèche sacrée sont aussi bien tendues et bien écartées.

Je dois ajouter que, dans mes derniers cas, j'ai enlevé définitivement, à la fin de l'opération et avant de rabattre le volet, le segment osseux réséqué ; cette pratique n'a été suivie d'aucun inconvénient ultérieur. Aussi, désormais, continuerai-je à faire la section transverse du sacrum, le volet d'os et de parties molles, et à extirder le segment osseux au moment de rabattre le lambeau et de suturer. Je couche la malade sur le côté opposé, ce qui a l'avantage de mieux assurer l'écoulement des liquides ; il ne faut pas trop compter, en effet, sur la suture ; pour moi, je ne réunis pas complètement le péritoine et je ne suture pas les téguments, mais je bourre la plaie de gaze iodoformée.

Je répète, en terminant, que l'hystérectomie sacrée n'est indiquée que dans le cas où l'extirpation par la voie vaginale est impossible.

Hystérectomies abdominale et vaginale combinées.

M. Bouilly. — Il s'agit d'une dame de quarante ans, de santé excellente d'ailleurs ; pas d'enfants, pas de fausse couche, jamais d'accidents utérins qu'en juin 1890, elle fut atteinte de métrorrhagies abondantes ; on reconnut alors l'existence d'un cancer du col et d'un volumineux fibrome du corps gros comme une tête de fœtus, haut situé et remontant jusqu'à l'ombilic ; les culs-de-sac vaginaux étaient libres, le tissu utérin indemne de propagation néoplasique, l'utérus bien mobile. La malade ne souffrait pas. L'intervention se trouvait considérablement entravée par la coexis-

tence du corps fibreux. Il ne restait qu'une double alternative : ne rien faire ou pratiquer l'ablation totale du corps et du col. Or, l'hystérectomie vaginale était impossible.

L'opération de Freund, donnant une énorme mortalité, je m'arrêtai au plan opératoire suivant : faire d'abord la laparotomie et enlever le fibrome, puis, séance tenante, pratiquer par le vagin l'extirpation du col et du moignon utérin.

Dans un premier temps, j'ouvris le ventre, je tirai le fibrome au dehors, j'appliquai la ligature élastique, je réséquai le corps utérin, je touchai au thermocautère la portion de muqueuse qui restait au centre du pédicule et je réduisis ce pédicule. Le ventre fut immédiatement fermé, avec les précautions ordinaires. Le deuxième temps opératoire présenta plus de difficultés. J'appliquai les deux grandes pinces-clamps qui me servent ordinairement dans l'hystérectomie vaginale, et j'enlevai toute la masse. Les suites de cette double hystérectomie furent très simples ; j'ai pu constater, hier même, sa guérison complète et définitive.

Le succès de ce mode opératoire est de nature à faire penser qu'il pourrait être appliqué, avec avantage, à l'extirpation de certains fibromes ; en enlevant ainsi, séance tenante, par le vagin, le moignon utérin, on supprimerait le pédicule et les dangers de septicité ou de récidive qu'il entretient toujours, quand on le réduit. C'est là une expérience que je me propose de faire, et dont j'apporterai ultérieurement les résultats.

M. Pozzi. — La pratique opératoire dont M. Bouilly vient de nous entretenir est sans doute fort ingénieuse ; mais elle a été déjà préconisée par Bardenheuer et par Martin (de Berlin) ; or, Martin a donné une statistique de 30 cas, avec 8 morts (1). J'ai eu l'occasion d'assister moi-même à une opération de ce genre, pratiquée par Veit, et je dois dire qu'elle fut extrêmement laborieuse. Aussi semble-t-on revenir, à l'heure actuelle, en Allemagne, de cette méthode de la double hystérectomie combinée, appliquée aux corps fibreux.

Traitement des suppurations pelviennes.

M. Reclus (de Paris). — Il semble que la pelvi-péritonite ait disparu aujourd'hui du cadre nosologique, et si M. Delbet nous en

(1) Voir *Annales de gynécologie*, 1891.

donne une excellente description, M. Pozzi, dans son *Traité*, ne prononce même pas son nom, et il se demande si ces abcès pelviens ne seraient pas, dans tous les faits, des pyosalpinx, adhérents aux parois pelviennes ou aux anses intestinales.

Voici quatre observations qui me permettent d'affirmer l'existence de la pelvi-péritonite isolée, autonome, primitive. Chez nos quatre malades, il existait une vaste collection purulente occupant le cul-de-sac de Douglas, et remontant haut dans l'abdomen; chez toutes les quatre, la suppuration pelvienne s'était développée à la suite d'un accouchement ou d'un avortement ; chez toutes, une incision franche à suffi à évacuer l'abcès et à amener la guérison, sans toucher aux annexes.

L'intégrité des annexes, dans ces cas, s'explique aisément, si l'on croit, avec M. Lucas-Championnière, que les germes puisés à la surface de la plaie utérine, suivent la voie lymphatique, le mécanisme de l'infection péritonéale est évident ; si l'on admet qu'ils cheminent le long de la trompe, par la voie muqueuse, ne peuvent-ils remonter dans le conduit tubaire jusqu'à son orifice externe, jusqu'au péritoine, sans attaquer la trompe elle-même? On trouve en pathologie générale, de nombreux exemples de *ces infections à distance ?* (adénites et adéno-phlegmons sans lymphangite intermédiaire, épididymite blennorrhagique, sans déférentite) ; on a même vu survenir, après un cathétérisme brutal ou septique, de la vaginalite, sans inflammation du canal de l'urèthre, sans inflammation épididymaire,

Ces considérations justifient théoriquement l'existence isolée de la pelvi-péritonite.

Voici maintenant mes observations.

Premier cas. — Femme de 23 ans, prise cinq jours après un accouchement, de douleurs abdominales, de nausées, de vomissements. Je la vois au quinzième jour ; au toucher, je trouve une tuméfaction volumineuse qui remplit et soulève le cul-de-sac de Douglas ; au-dessus du pubis, une énorme collection fluctuante remonte haut et se termine en croissant ; la corne gauche de la tumeur se prolonge jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Je pratique une incision médiane de 10 centim., je tombe sur un péritoine épaissi, adhérent à l'utérus, qui était appliqué et collé contre la paroi, j'éraille peu à peu ces adhérences, en suivant toujours la face antérieure du globe utérin ; à peine étais-je arrivé à ses limites supérieures, qu'un flot de pus s'échappe ; la cavité se vide ainsi tout entière, et il devient aisé

de constater nettement la communication des deux poches secondaires, des deux cornes droite et gauche, qui n'étaient qu'un double prolongement de la grande cavité rétro-utérine. Il restait ainsi un large espace, que limitaient, en haut, les intestins, recouverts d'une mince membrane molle et tomenteuse, d'une enveloppe d'adhérences. Nulle part je n'avais trouvé de paroi proprement dite, de quelque épaisseur, de quelque continuité, et qui laissât croire à la paroi d'une trompe dilatée ; la collection évacuée, je cherchai à découvrir la trompe, je ne pus y parvenir : il n'y avait là qu'un tissu de fausses membranes fibrineuses, il n'y avait rien en aucun point qui rappelât la cavité tubaire ou la membrane tubaire. Je ne sache pas, d'ailleurs, qu'on ait jamais vu de pyosalpinx assez considérable pour remonter jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Cette trompe énorme, que M. Lucas-Championnière a présentée, il y a quelques années, à la *Société de chirurgie*, et qui avait à peu près la forme et le volume d'un estomac, ne représente, si je puis dire, que le quart du volume de la moitié de ma tumeur abdominale. Enfin, j'insiste encore sur ce fait, bien et dûment constaté, que les deux poches, les deux cornes du croissant, communiquaient largement.

Je termine cette première observation ; la cavité fut lavée et drainée, et la guérison se fit très simplement ; au dixième jour, la suppuration était tarie ; au bout d'un mois, l'opérée quittait l'hôpital.

Mes trois autres faits ressemblent à celui-là.

Deuxième cas. — Une femme de 32 ans, après un accouchement difficile, terminé par une céphalotripsie, est prise au cinquième jour, de douleurs, de vomissements et d'écoulements purulents par le vagin. Pendant un mois, l'état ne semble pas s'aggraver, puis les phénomènes de suppuration s'accusent et une intervention s'impose. Il existe, ici encore, au-dessus du pubis, une grosse tumeur fluctuante, qui remonte plus haut à gauche. Incision de 8 centim. sur la ligne médiane. Je trouve l'intestin recouvert d'un épiploon épaissi, vascularisé et adhérent, je décolle peu à peu les fausses membranes et bientôt s'épanche un flot de pus. Je pratique alors le toucher bimanuel, je recherche les annexes, mais elles s'étaient perdues dans cette « *coulée plastique* » dont parle M. Pozzi, et c'est à peine si je distingue une sorte de cordon en continuité avec la corne utérine. La guérison ne se fit pas attendre. Cela se passait en 1887. Actuellement, la malade est enceinte de six mois, preuve évidente qu'il n'existait pas, lors de mon intervention, un double pyosalpinx.

Troisième cas. — Jeune dame de 20 ans. Après un accouchement normal, elle est prise de pelvi-péritonite. La collection fluctuante se prolonge jusqu'à l'ombilic. Je fais une incision en son point le plus proéminent, à gauche ; la poche se vide toute entière, et son diverticule droit s'affaisse aussi. Là

encore, il n'y avait donc qu'une seule poche. Guérison. Depuis, ma malade a eu un enfant, aujourd'hui bien vivant et d'excellente santé.

Quatrième cas. — Femme, 19 ans. Pelvi-péritonite, à la suite de manœuvres abortives. Même tumeur abdominale. Incision médiane ; je trouve l'utérus, mais je ne puis distinguer les annexes, enveloppées et agglutinées par les fausses membranes ; ici, les adhérences étaient plus épaisses et plus résistantes, la masse intestinale reprit, avec plus de peine, sa place dans le cul-de-sac de Douglas ; il en résulta une sorte de cloaque, qui, lavé et drainé, ne se combla pourtant qu'au bout de deux mois. La malade sortit alors, guérie, de l'hôpital.

Dans mes quatre cas, malgré l'état bilobé de la tumeur, il n'existait pourtant qu'une seule poche, et les deux diverticules étaient en large communication ; pour soutenir la théorie pyosalpingitique, il faudrait donc admettre une perforation réciproque, une communication secondaire des deux pyosalpinx.

La collection purulente s'était développée avec une grande rapidité, trop grande pour laisser supposer qu'une trompe puisse, aussi vite, se dilater si largement ; au bout de quinze jours, chez ma première malade, l'énorme collection que j'ai décrite existait déjà.

Ce volume lui-même plaide contre l'hypothèse d'un pyosalpinx ; je n'en connais point, qui ait remonté jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Enfin, la conception et la grossesse ont été possibles chez deux de mes malades, ce qui écarte absolument l'idée d'une suppuration bilatérale des annexes.

Je crois donc avoir eu affaire, dans mes quatre observations, à la pelvi-péritonite vraie ce qui n'est pas sans importance, au point de vue opératoire. Si l'on croit, en effet, à l'existence du pyosalpinx, une seule intervention est rationnelle : l'ouverture et l'*énucléation* de la poche ; le dernier terme est de rigueur ; en présence de la pelvi-péritonite, on ne peut songer à la décortication, la poche n'est formée que d'une nappe d'adhérences molles et friables, qui ne se laissent point détacher en totalité, comme une membrane ; l'incision médiane large, le lavage et le drainage suffisent pour assurer une guérison rapide ; dès que la cavité est vidée, les intestins redescendent et viennent la remplir, facilitant le travail de cicatrisation profonde et hâtant l'heure de la restauration définitive.



Les indications opératoires, dans les suppurations pelviennes, achèvent donc de se préciser ; pour ces petites salpingites suppurées, qui prolabent dans le cul-de-sac postérieur, MM. Bouilly et Laroyenne nous l'ont montré, l'incision vaginale suffit ; les altérations sont-elles plus graves, la trompe atteinte de salpingite catarrhale et l'ovaire scléro-kystique, c'est à la laparotomie et à l'ablation des annexes qu'il faut recourir ; quand les désordres sont plus étendus encore et diffus, que les annexes et le péritoine pelvien, ne forment plus, en quelque sorte, qu'une éponge purulente, il est une opération, née d'hier, mais qui déjà a fait ses preuves, c'est l'hystérectomie vaginale. Enfin, en présence de la pelvi-péritonite simple, primitive, isolée, l'incision médiane, la laparotomie suivie du drainage de la cavité purulente, constitue l'intervention nécessaire et suffisante.

M. Pozzi. — La communication de M. Reclus soulève une triple question : celle de l'anatomie pathologique, du diagnostic, des indications opératoires.

Peut-il exister une suppuration pelvienne en dehors d'une lésion des trompes ? Tel est le premier point en litige. M. Reclus a cherché à le démontrer, mais il n'en a pas fourni de preuves directes ; il n'a pas constaté l'intégrité bilatérale des trompes. Il en voit une démonstration dans le fait d'une grossesse ultérieure ; mais nous savons que ces énormes pyosalpinx peuvent se prolonger en arrière de l'utérus et figurer une poche à deux diverticules, alors qu'en réalité une seule trompe est atteinte.

Quant à moi, jusqu'à ce qu'on m'ait montré les trompes saines et une collection purulente dans le péritoine, je croirai que la lésion tubaire et la pelvi-péritonite sont connexes et indissolublement liées, et le terme de péri-métro-salpingite suppurée, que j'ai employé, marque cette dépendance réciproque.

Du reste, le diagnostic ne saurait être fait, et l'on n'a pas d'éléments cliniques qui permettent de reconnaître et de distinguer le pyosalpinx suppuré de la pelvi-péritonite, telle que vient de la décrire M. Reclus. Lui-même ne nous a guère fourni qu'un seul élément : l'origine puerpérale ou abortive, dans tous ses cas, de la suppuration pelvienne. Or, cela ne suffit pas, car il existe aussi des pyosalpinx puerpéraux.

Ce qu'il faut donc retenir, au point de vue opératoire, c'est la nécessité de pratiquer d'abord l'ouverture de la poche ; et, alors,



si sa paroi est énucléable, d'en faire la décortication. La double grossesse que M. Reclus nous a signalée montre bien quelles auraient été, chez les femmes, les suites désastreuses de l'hystérectomie vaginale, aujourd'hui préconisée dans les suppurations pelviennes.

M. Reclus. — Je ne veux répondre qu'un mot ; je ne connais pas de pyosalpinx ayant acquis, et avec une telle rapidité, le volume des collections purulentes que j'ai ouvertes ; de plus, chez mes malades la tumeur proéminait aussi dans le cul-de-sac postérieur du vagin. Quant à l'hystérectomie vaginale, je rappellerai qu'on ne l'a jamais proposée pour les suppurations aiguës, comme celles que j'ai rapportées, mais seulement dans les pelvi-péritonites chroniques.

Kyste séreux de la face postérieure de la vessie extirpé au cours d'une hystérectomie vaginale.

M. Segond (de Paris). — Voici un fait exceptionnel : un kyste séreux, développé dans l'épaisseur même de la paroi vésicale et qui, à la palpation, faisait croire à un sarcome pédiculé inséré sur le fond de l'utérus. Je dis exceptionnel, car M. le professeur Guyon n'a jamais rencontré cas semblable, et, dans la littérature médicale, je n'ai trouvé qu'une observation analogue présentée à la Société anatomique par M. Cornil ; encore le kyste séreux n'occupait-il pas la paroi vésicale elle-même, mais il siégeait entre la vessie et le rectum. Un kyste séreux du diaphragme a été rapporté par M. Larcher, en 1868 ; mais ce ne sont là que des faits d'une analogie assez éloignée avec le mien.

C'était chez une jeune femme de 30 ans, à laquelle je pratiquai, en décembre dernier, l'hystérectomie vaginale, pour des accidents de rétroflexion adhérente avec double salpingite et dégénérescence scléro-kystique des ovaires. Par le palper abdominal on sentait, sur la ligne médiane, entre la vessie et l'utérus, une petite tumeur mobile qui, semblait-il, entraînait l'utérus ; on pensa donc à un petit fibrome pédiculé. Il n'y avait, du reste, aucun trouble vésical.

Une fois l'utérus enlevé par le vagin, on retrouva encore la petite tumeur, qui était restée en place. On l'amena dans la plaie vaginale ; c'était une tumeur kystique, du volume d'une amande, à contenu citrin, à paroi régulière, fibreuse, adhérente aux fibres

musculaires de la paroi postérieure de la vessie, au milieu desquelles sa loge était creusée. L'examen histologique n'a rien révélé de particulier ; la paroi kystique était fibreuse ; il n'y avait pas d'endothélium à sa face interne.

De l'intervention partielle tardive dans l'épithélioma utérin inopérable par la méthode locale.

M. Levrat. — L'intervention partielle, dans le cancer utérin inopérable, peut procurer aux malades un soulagement très marqué, et parfois une survie inattendue. J'ai pratiqué 11 opérations de ce genre. Trois d'entre elles ont été relativement très heureuses ; la première a été faite sur une femme de cinquante-deux ans, atteinte d'un énorme épithélioma bourgeonnant du col, qui s'étendait au corps de l'utérus et aux annexes. Je réséquai, avec la pince et les ciseaux, toute la partie du néoplasme qui faisait relief dans le vagin ; je curettai le moignon ainsi obtenu ; à un moment, ma curette plongea brusquement dans la cavité utérine, il s'écoula environ un verre d'un pus fétide et je pénétrai dans une cavité de 9 centimètres de profondeur, dont je curettai soigneusement les parois. Huit jours après, la malade étant fort améliorée, je dilatai le col à la laminaire, et je pratiquai un second curettage, suivi de cautérisation. L'opérée sortit de l'hôpital un mois après, elle a survécu treize mois, sans aucun accident.

La seconde malade, opérée le 22 mars 1890, sortit le 27 mai; j'avais encore pratiqué le curettage, l'évidement de la cavité utérine, la cautérisatisn au chlorure de zinc. Depuis, la malade se croit guérie, il n'existe aujourd'hui qu'un bourgeon charnu de la grosseur du pouce, au fond du vagin ; il y a lieu d'espérer une longue survie.

Le troisième cas ressemble beaucoup aux deux premiers. Trois autres interventions ont été suivies d'une survie d'un an, de six mois, de sept mois (cette dernière malade vit encore) ; trois autres, de récidive rapide (mort, de un à quatre mois, après l'opération). Dans un cas, je dus pratiquer, au bout d'un an, une seconde intervention ; l'opérée n'a pas été revue ; une fois enfin, la curette pénétra dans le cul-de-sac recto-utérin du péritoine.

J'ai voulu montrer que, par ces excisions, ce curettage, ces cautérisations, on peut enrayer pour un temps le processus néoplasique ; l'extrémité supérieure du vagin se rétrécit, en quelque sorte, et la récidive se fait dans la profondeur, du côté des annexes, en provoquant des accidents beaucoup moins pénibles.

Double laparotomie à quatre jours de distance pour hémorrhagie.

M. Reynier (Paris). — Une femme de 22 ans entra en médecine à l'hôpital Tenon le 21 octobre 1890, se plaignant de douleurs abdominales. Depuis deux mois elle se croyait enceinte. Le 26 octobre, perte sanguine, puis, le 27 au soir, signes d'une hémorrhagie interne grave. Le lendemain matin je fus appelé, et je conseillai d'attendre, en soutenant la malade par l'alcool et les piqûres d'éther. Le lendemain le pouls était fort, mais fréquent, et la température montait à 39°,4. Je jugeai qu'il fallait intervenir : la laparotomie donna issue à une grande quantité de sang, la trompe droite fut liée et excisée, mais comme la malade tombait presque en syncope, l'opération fut terminée au plus vite, après simple ligature en masse sous les annexes gauches. Tamponnement du bassin avec de la gaze salolée. Le pouls se releva, mais la fièvre persista et, croyant à des accidents infectieux, au quatrième jour j'intervins de nouveau. Il y avait dans le ventre un liquide sanguinolent, en outre, traces de péritonite. Je recherchai et j'enlevai les annexes gauches après évacuation de tout le liquide, je lavai le péritoine à l'eau bouillie, puis je drainai par le vagin et par l'abdomen et je refermai le ventre. La température continua à osciller autour de 39° pendant 3 jours. Mais à ce moment elle tomba définitivement et la convalescence s'établit. La malade a conservé une fistule abdominale pendant 3 mois, puis a entièrement guéri.

Reste à interpréter le fait. Est-ce une simple rupture d'une veine du ligament large ? Est-ce une rupture de grossesse extra-utérine ? Je penche vers cette hypothèse, mais je n'en ai pas la preuve.

Des blessures de l'uretère dans les laparotomies.

M. Pozzi (Paris). — Les blessures de l'uretère dans les laparotomies ont été notées dans les extirpations de kystes rétro-péritonéaux, surtout dans les kystes malins, à évolution rapide, tendant à s'assimiler les parties voisines. J'en ai réuni 3 observations, une de Schopf, une de Gusserow et la mienne.

Deux cas peuvent se présenter :

1° On a affaire à une simple blessure latérale, à une lésion partielle ;

2° L'uretère est arraché, séparé de ses connexions, voué à la mortification. C'est à ce dernier cas que j'ai eu affaire.

Dans le premier, alors que les bouts de l'uretère sont au contact, Schopf a fait la suture des deux bouts, avec une série de fils de soie, comme il aurait fait celle d'une section de l'intestin. Son opérée mourait deux mois après de péritonite. Gusserow fit de même la suture, mais sans le savoir, en liant au fond de la cavité de décortication des débris de kyste malin. Sa malade mourait de péritonite 8 jours après.

Dans mon cas, il s'agissait d'une femme de 53 ans, que je vis en septembre 1890, avec un kyste du côté droit du ventre, intra-ligamenteux, nullement mobile, qui, en deux mois, doubla de volume, s'accompagna d'amaigrissement, de cachexie, de douleurs vives dans les lombes et dans le côté droit du ventre. Dans un examen sous le chloroforme, je constatai que le kyste adhérait à la paroi postérieure de l'abdomen, était immobile, non fluctuant.

Le ventre ouvert, je trouvai une tumeur charnue, rouge, fait qui du reste n'est pas très rare dans certains kystes recouverts de fibres musculaires hypertrophiées du ligament large. J'incise le feuillet ligamenteux, décortique la partie superficielle et plonge en 3 points le trocart ; les 3 ponctions restent blanches, ce qui tenait à la petitesse des alvéoles et à la viscosité extrême du liquide qui les remplissait. Protégeant alors l'intestin, je fends la tumeur et la vide, après broiement, de son contenu.

Ayant ainsi réduit le volume de la tumeur, je reprends sa décortication et profondément trouve des attaches fibreuses que je dois détacher en m'aidant de la spatule et des ciseaux. Il reste une grande cavité saignante dans laquelle flottent deux grand tractus qui reliaient la tumeur au fond de la poche, je les prends pour des nerfs, je les coupe; l'un était bien un nerf, l'autre creux, le bout vésical de l'uretère. Impossible de trouver son bout supérieur. La poche de décortication débordant la ligne médiane, je ne savais même si j'avais affaire au rein droit ou au gauche. Je cherchai à m'éclairer par le cathétérisme de l'uretère par la vessie, mais je ne pus y parvenir, les rapports de la vessie étant changés. Je fis alors l'éviscération complète et pus voir à droite une filtration rapide.

Dissection rapide du bout supérieur de l'uretère et fixation de ce bout dans la plaie. Résection et ligature du bout inférieur. Tamponnement de Mikulicz avec une sonde au centre. Bien m'en prit, car 8 jours après de l'urine sortit par le pansement. Je dus alors placer une sonde dans la région sus-pubienne, une dans la

vessie, une 3e se trouvait dans le bout supérieur de l'uretère fixé à la peau.

Ultérieurement, j'enlevai le rein droit ; il était sain, deux points de néphrite interstitielle ancienne seulement. Guérison. Ce fait nous montre qu'avec une bonne antisepsie la fistulisation de l'uretère n'entraîne pas l'infection du rein et peut par conséquent être employée avec avantage lorsqu'on en trouve l'indication.

Malformation utérine avec hernie inguinale.

M. Roux (de Lausanne) a observé une femme de 36 ans, atteinte d'une hernie inguinale double, d'insuffisance du vagin et n'ayant jamais été réglée. Le coït était possible, agréable même quelquefois, mais la malade demandait à subir n'importe quelle opération pour chercher : 1° à satisfaire complètement son mari ; 2° à être débarrassée de ses hernies ; 3° à avoir des enfants, si possible. M. Roux diagnostiqua une double hernie ovarienne, avec atrésie vagino-utérine. Il doutait fort de pouvoir faire cesser la stérilité, mais il fit ce que désirait la malade. Il fit d'abord une laparotomie et fut tout étonné de trouver les ovaires dans le ventre. Ce qui était dans les hernies, c'était de chaque côté une corne utérine, adhérente à l'épine du pubis par le ligament rond. Le sac herniaire était complet. Cure radicale par deux incisions inguinales. Quelque temps après le vagin fut reconstitué, et les deux conjoints s'en déclarèrent satisfaits.

Fibrome de la paroi abdominale.

M. Ledru (de Clermont) communique une observation de fibrome de la paroi abdominale chez une femme de 27 ans, ayant eu deux enfants, La tumeur avait le volume du poing. Au cours de l'opération, il a fallu réséquer une partie du péritoine (8 cent. sur 5). Suture du péritoine au catgut. La cavité a été assez longue à se combler, mais la malade a bien guéri. M. Ledru admet le rôle étiologique de la deuxième grossesse, et non d'un traumatisme que la malade invoquait. La tumeur n'avait pas de véritable pédicule. La résection du péritoine, dans ce cas, devait être faite sans hésiter plutôt que de chercher à décoller la séreuse.

H. H. — A. B. — L.

IV[e] CONGRÈS EN MÉMOIRE DE N. I. PIROGOFF

Section d'accouchement et de gynécologie, séance du 7 janv. 1191.

A. A. MOURATOFF. **De la grossesse extra-utérine.** — 1. Au début de la grossesse le traitement doit être opératoire.

2. Attendre la mort du fœtus et la vacuité des vaisseaux est un procédé qui doit disparaître par les progrès de la technique opératoire.

3. Il faut enlever l'œuf tout entier ; quand cela n'est point possible, le drainage est indispensable.

4. La laparotomie est indiquée pour la conservation du fœtus viable.

5. Il n'est point possible d'apprécier actuellement la valeur de l'électricité comme moyen thérapeutique au début de la grossesse.

PROF. G. E. REIN. — *Obs.* 1. Grossesse tubaire de 11 semaines, collapsus. Laparotomie, extirpation de l'œuf, drainage, guérison. — *Obs.* 2. Grossesse tubaire de 2 mois, laparotomie, hématosalpinx abondant, vrai corps jaune ; guérison. — *Obs.* 3. Grossesse tubo-péritonéale de 5 mois. Pendant l'opération le sac fœtal se rompt et son contenu ichoreux, fétide se répand dans le péritoine. Mort en 30 heures. — *Obs.* 4. Grossesse tubaire, rupture au 7e mois, mort du fœtus ; laparotomie au 13e mois, guérison. — *Obs.* 5. Grossesse péritonéale, rupture du sac au 8e mois, laparotomie au 19e mois, extirpation complète, drainage, guérison. — *Obs.* 6. Grossesse intraligamenteuse. Laparotomie au 37e mois ; extirpation totale, enfant vivant et fort (3200 gr.). Guérison.

Ces six cas ont été opérés dans l'espace de 13 mois ce qui indique sinon la plus grande fréquence de la grossesse anormale, du moins les progrès du diagnostic de cet état. La conclusion du rapporteur est qu'il faut intervenir chirurgicalement dans toutes les phases de la grossesse extra-utérine, sauf contre indication formelle à la laparotomie, on recourt alors à l'électricité, aux injections de morphine.

WARNEK a observé 7 grossesses extra-utérines, dont 4 diagnostiquées avec certitude ; sur cinq opérées il y eut un cas de mort par péritonite.

ZAIAITZKY. — La fréquence des grossesses extra-utérines pourrait se lier à l'extension des affections blennorrhagiques.

SOUTOUGUINE cite un cas de grossesse extra-utérine dont le diagnostic fut bien difficile ; on reconnut à l'autopsie l'existence d'un

fibro-myôme uni au fond de l'utérus par un large faisceau musculaire; les contractions avaient simulé celles d'un utérus gravide, tandis qu'une hématocèle rétro-utérine supposée simple n'était autre chose que le sac fœtal rompu.

PAOUPEROFF. **De l'éclampsie des parturientes et des accouchées.** — A la maternité de Moscou on compte dans l'espace de 12 années sur 46,539 accouchements, 288 cas d'éclampsie, c'est-à-dire 1 éclamptique sur 162 accouchées ; actuellement ce rapport tend à s'aggraver : 1 éclamptique sur 117 accouchées. En 1887, sur 100 éclampsies, 77 après la délivrance ; en 1888, 77,2. Les primipares forment 75,4 0/0. Il y eut intervention opératoire dans 39,8 0/0 ; dans d'autres établissements les opérées constituaient 62,65 0/0 des éclamptiques ; 121 fois l'éclampsie survenue pendant le travail a cessé avec lui ; 62 fois elle a continué et 105 fois elle s'est déclaré après la délivrance. Dans 174 cas l'urine contenait de l'albumine et des éléments figurés. Parmi les moyens de traitement la première place appartient au chloroforme.

SAMCHIN. **Recherches bactériologiques et expérimentales sur l'antisepsie obstétricale et l'autoinfection.** — 70 expériences consistant dans l'inoculation des sécrétions vaginales cultivées à des animaux de la même espèce (lapins. cochons d'Inde, pigeons) ont montré la présence fréquente de microbes et la possibilité de l'autoinfection telle que l'auteur l'a exposée déjà dans des travaux antérieurs.

C. S. ZAIAITZKY. **De la voie sacrée en gynécologie.** — Cinq opérations de Kraske pour cancer envahissant de l'utérus ont donné des insuccès; le procédé ne paraît pas avoir d'avenir en gynécologie.

S. E. SOLODOVNIKOFF propose quelques modifications à l'opération de Kraske en vue de son application à la chirurgie des organes génitaux internes.

Les ligaments sont sectionnés par voie sous-cutanée à l'aide du ténotome ; une incision transversale. longue de 8 à 10 centim. est faite entre les 3e et 4e trous sacrés; enfin on enlève un coin osseux à base postérieure, de sorte que la partie inférieure du sacrum avec le coccyx deviennent mobiles et peuvent être redressés pour remédier à un rétrécissement antéro-postérieur de l'excavation.

SOLOVIEFF, SINIZINE, REIN, SOUTOUGUINE, pensent que l'opération de Kraske, très sanglante, ne présente pas d'avantages sur les opérations actuellement en usage.

SLAVIANSKY. **De l'hystéropexie abdominale antérieure.** — Six opé-

rations suivies de succès ont été faites pour remédier à la rétroflexion douloureuse ; trois fois l'hystéropexie fut primitive, l'utérus étant mobile, une fois la ventrofixation secondaire fut précédée de la destruction d'adhérences étendues dans l'espace de Douglas ; deux fois il s'agissait d'une ventrofixation après ovariotomie. Les adhérences provoquées entre l'utérus et la paroi, assez solides pour empêcher la reproduction de l'attitude pathologique de l'organe, sont cependant assez extensibles et laissent à l'utérus une mobilité presque physiologique. La position de l'utérus se maintient même après la grossesse suivie d'accouchement normal ainsi que cela a été observé.

M. WILBOUSCHEVITCH.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Alexander (**W.**). A year's Gynæco-abdominal surgery. *Prov. Med. Journ.* Leicester, 1891, p. 150. — **Barnes.** On the correlation of the sexual functions and mental disorders of Women. *Brit. Gyn. J.* Lond., 1890-91, VI, 390-406. — **Edebohls** (**George M.**). A self-retaining vaginal speculum for operations in the dorsal position. *Med. Rec.* N.-Y., 1891, I, 283. — **Everett.** A Gynecological case. *The Boston Med. and Surg. Journ.*, t. CXXIII, juillet 1890, p. 31. — **Goodell.** What I have learned to unlearn in gynecology. *Med. News.* Philad., 1890, LVII, 560-564. — **Link** (**H.**). Wils of delay and prolonged treatment in pelvic troubles. *Med. Ass.*, Detroit Michigan, 1891, p. 41. — **Löhlein.** Die Frauenklinik einer kleinen Universität, Rede, bei der Eröffnung der neuen Frauenklinik an der grossherzogl. Landesuniversität Giessen gehalten. *Deutsch. med. Wchnschr.* Leipz., 1890, XVI, 1191-1183. — **Ott.** *Select part of practical gynæcology. Lectures delivered in the Grand-ducal clinical Institute Helena Pavlona.* Peter. St.-Petersbourg, 1890. — **Rotch.** Winckel's disease. *Boston Med. and Surg. Journal*, 31 juillet 1890, t. CXXIII, p. 103. — **Sprague** (**W. M. B.**). Electricity vs. the Knife in the treatment of pelvic diseases. *American Lancet.* Detroit Mich., août 1890, vol. XIV, p. 287. — **Thornton Parker.** The treatment of some of the minor cases in gynæcology. *Med. Ass.* Detroit Michigan, 25 février 1891, p. 97. — **Williams.**, The co-existence of heart disease and pelvic lesions. *Edinb. M. J.* 1890-91, XXXVI, 440-450. — **Wilson.** The indiscriminate use o opiates in the pelvic diseases of women. *North American practitioner.* Chicago, janvier 1891, t. III, p. 9.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — **Bylicki.** Iodoformegaze für gynäkologische Zweckemodificate. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 3, p. 57. — **Cuellar** (**Manuel**). Du curettage de l'utérus dans les affections péri-utérines, les fibromes et le cancer de l'utérus. *Th. Paris*, 1890-91, n° 112. — **Delestrée.** De quelques applications de l'électri-

cité en obstétrique et en gynécologie au traitement des hémorrhagies, d'après la méthode d'Apostoli. *Bull. Ac. Roy. de méd. de Belg.* Brux. 1890, IV, 496-516. — **Edis**. On the diagnostic and treatment of metrorrhagia. *Brit. gynæc. J.*, Lond., 1890-91, VI, 335-361. — **Goelet (Aug.-H.)**. The treatment of menorrhagia and metrorrhagia by the Chemical galvano-caustic, Action of the positive pole. *Med. Rec.* N.-Y., 1891, vol. XXXIX, n° 13, p. 366. — **Heitzmann**. Ueber Anwendung der Bäder mit Moorextrakten bei Frauenleiden. *Frauenarzt.* Berl., 1890, V, 385 ; 433 ; 481 ; 544. — **Jorissenne**. Un point méconnu dans le traitement des métrorrhagies. *Arch. de toc.*, janvier 1891, p. 23 — **Michelsen**. Anwendung des Lysol in der Gynækologie und Geburtshilfe. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 2, p. 1.

VULVE ET VAGIN. — **Ardle**. Infantile vulvar hæmorrhage. *Medical News*. Philadelphia, 18 octobre 1890, t. LVII, p. 399. — **Dubois**. *Contribution à l'étude du vaginisme*. Bordeaux. — **Garde**. Case of complete absence of vaginæ. *Austral. Med. Gaz.* Sydney, 1889-90, t. IX, p. 307. — **Lwoff**. Fibrous (croupous) inflammation of vestibulum vaginæ. *Vratch.* St. Pétersb., 1890, XI, 720 : 749. — **Charles Smith**. Kraurosis Vulvæ. *Buffalo med. and Surg. Journal.* 1890, vol. XXX, octobre 1890, p. 160.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS. PÉRINÉORRHAPHIE. — **Byford**. The cure of procidentia uteri. *Medical News*, Philadelphia, 13 déc. 1890, t. LVII, p. 613. — **Cleveland (Clement)**. Perineorrhaphy ; a plea for immediate repair (with the description of a new method of suturing). *Med. Rec.* New-York., 1891, I, 193. — **Edebohds**. A modified Alexander-Adams operation. *New-York med. Journal*, 11 oct. 1890, t. LII, p. 400. — **Goodell (William)** Restoration of lacerat. cervix uteri and perineum. *American. Lancet*, Detroi Mich., déc. 1890, t. XIV, p. 441. — **Gottschalk**. Zur Frage des Einflusses der ventrofixatio uteri auf spätere Schwangerschaft. *Cent. f. Gyn.* 1891, n° 8, p. 153.— **Jaubert**. *Étude comparative des divers modes de traitement de la cystocèle vaginale*. Bordeaux, 1890.— **Le Bec**. Inversion totale de la matrice, irréductible, produite par un fibrome ; hystérectomie par un lien élastique ; guérison. *France méd.* Paris, 1890, XXXVII, 516. — **Meifert**. *Ein Fall von Incarceration des retroflectirten, graviden Uterus mit Abstossung der Blasenschleimhaut*. Greifswald, 1890. — **Chas P. Noble**. Primary perineorraphy, *Medical Age*, Detroit Michigan, 25 oct. 1890. t. VIII, p. 457. — **Schepers**. *Die operative Behandlung der Retroflexio uteri*. Greifswald, 1890. — **Schücking**. Bemerkungen zur vaginalen Ligatur des Uterus bei Retroflexio und Prolapsus uteri. *Cent. f. Gyn.*, 1891., n° 13, p. 249. — **Törngren** Nouvelle manière de pratiquer l'hystéropexie vaginale, *Arch. de toc.*, 7 janvier 1891, p. 34. — **Veit**. Die Indicationstellung für die Behandlung der Retroflexio uteri. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1891. Bd XX. Hft 1, p. 59.

MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Claa**. *Comparaison entre le curage et la cautérisation dans l'endométrite du corps*. Paris, 1890. — **Doléris** et **Bonnet**. Métrite cervicale, pathologie et thérapeutique du col. *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, janvier, février et mars 1891, p. 21, 90 et 114. — **Fulton**. Lacerations of the cervix uteri. *Med. Press and Circ.*, Lond., 1890, n° 8, L, 405. — **Gébé**. Endométrite chronique. Vomissements rebelles. Guérison. *Arch. de Toc.*, janvier 1891, p. 26. — Endométrite cervicale chronique ; paraplégie réflexe. Guérison. *Arch. de Toc.* mars 1891, p. 230. — **Colestre (R.)**. Contribution

à l'étude du traitement de l'endométrite chronique du corps par le crayon au chlorure de zinc. *Th. Paris*, 1890-1891, nº 42. — **Goodell**. Clinical lecture. Rapid dilatation of the cervix for mechanical dysmenorrhœa. A Phantom Tumor. Condition simulating Peritonitis following an attack of influenza. Pelvic Peritonitis. *The American Lancet*. Detroit Michigan, juillet 1890, t. XIV, p. 241. — **Jurgens**. *Ueber die Genese der sogenannten Schleimpolypen des Cervix uteri und das Verhalten ihres Btutgefässe*. Osnasbrück, 1890. — **Pichevin**. Des accidents causés par la cautérisation intra-utérine pratiquée avec la pâte de Canquoin. *Nouv. Arch d'Obst. et de Gyn.*, février 1891, p. 70.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Binkley**. A sucessful vaginal hysterectomy. *Med. News*, Philadelphia, vol. LVII, août 1890, p. 214. — **Brewis**. A case of myomectomy for a large fibrocystic tumour of the uterus. *Tr. Edinb. obst. Soc.*, 1889-90, XV, 161-165. — **Büchel**. *Beiträge zur operativen Behandlung der Uterus myome*. Basel, 1890. — **Chrobak**. Zur Extirpatio uteri myomatosi abdominalis. *Cent. f. Gyn*, 1891, nº 9, p. 169. — **Delteil (Jules)**. Des corps fibreux de l'utérus avec inversion (diagnostic et traitement). *Th. Paris*, 1890-91, nº 43. — **Goodell (William)**. Cancer of uterus. Recurrent peri-cæcal abcess. *American Lancet*. Detroit Mich., janvier 1891, t. XV, p. 8. — **Häberlin**. Ueber die palliative Behandlung der inoperablen Uteruscarcinome mit besonderer Berucksichigung der Aetzung mit Chlorzinc. *Cor. Blat. schweiz Aertze*. Basel, 1890, XX, 642-652. — **Helmuth**. Supra-vaginal hysterectomy for Uterine myofibrome. *Nouv. Ann. J. Homœop.* N.-Y., 1890, 3e s. V, 728-741. — **Hofmeier**. Zur Frage der Behandlung und Heilbarkeit der Carcinoma uteri. *München. med. Wchschr.*, 1890, XXXVII, 719; 738; 869. — **Irish**. Treatment of uterine fibro-myomata by abdominal hysterectomy. *Boston Med. and Surg. Journal*, septembre 1890, CXXIII, p. 289. — **Keller**. Zur Diagnose des Schleimhautsarcoms der Uteruskörpers. *Zeitsch. für Geb. u. Gyn.*, 1891, Bd XX, Hft 1, p. 116. — **Keith (T.)** Study of treatment of Uterine tumours by Electricity. *Prov. Med. Journ.*, Leicester, 1891, p. 156. — **Lauro**. Fibro-mioma, sarcomatoso, sotto mucoso della matrice rose cavitario, e sporgentes dall' orifizio uterino per un grosso segmento; apportazione della maggior parte col mezzo del serranodi Cintrat, disfacimento dei rendini, guarigione. *Riforma med. Napoli*, 1890, VI, 1395. — **Lohlein**. Carcinoma colli uteri als Geburts complikation. *Cent. f. Gyn.*, 1891, nº 10, p. 193. — **Miette (Albert)**. Traitement des fibromes utérins (Méthode Léon Danion). *Th. Paris*, 1890-91, nº 59. — **Nesbit**. A case of total extirpation of the uterus for cancer; death. *Australas. M. Gaz.*, Sydney, 1890-91, X, 50. — **Perschin**. Grossesse compliquée de cancer du col. *Dnevnik. obsh. vrach. pri imp. Kazan univ.*, 1890, 40, I, 1-8. — **Reed**. Clinical observations on vaginal total extirpation of the uterus for cancer. *J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1890, XV, 745-747. — A discussion of vaginal hysterectomy, with observations on eleven cases whith one death. *Buffalo M. et S. J.*, 1890-91, XXX, 396-406. — **Schauta**. Ueber die Technik der vaginalen Total-Extirpation. *Intern. Klin. Rundschau.* Wien, 1890, IV, 2017; 2103. — **Stuart Naine**. Treatment of cancer of the uterus by excavation and cautery. *British Med. Journal*. Londres, 7 février 1891, p. 282. — **Thelen**. Die Total extirpation bei Uterus myom. *Cent. f. Gyn.*, 1891, nº 13, p. 250. — **Thiry**. Fibromyôme utérin sous-muqueux. *Presse méd. belge*. Brux., 1890, XLII, 681.

AFFECTIONS PÉRIUTÉRINES; HÉMATOCÈLE; MALADIES DES TROMPES, INFLAMMATION DES OVAIRES, ETC. — **Biggar.** Double pyo-salpinx. *Homœop. J. obst.* N.-Y., 1891, XIII, p. 52. — **Bulst.** Is gonorrhœa a cause of pelvic inflammations? *Medical Age*, Detroit Michigan, 26 déc. 1890, t. VIII, p. 557. — **Burford.** On the functions and lesions of the Fallopian tubes, in the light of modern gynæcology. *Homœop. J. obst.* N.-Y., 1890, XII, 531-538; 1891, XIII, 60. — **Carter.** Complete pelvic abscess; complete retention of urine caused by pelvic abcess. *Mass. M. J.*, Bost., 1890, X, 493. — **Coulour.** *Contribution à l'étude de l'hématosalpinx.* Bordeaux, 1890. — **Dunning.** Pelvic abscess; report of five cases, with comments. *N.-York M. J.*, 1890, LII, 514-616. — **W. M. Goodell.** Double oophorectomy for an ovarian cyst of the right and an incipient cyst of the left ovary. Multiple uterine fibroïds with ovarian degeneration. *American Lancet.* Détroit Mich., août 1890, vol. XIV, p. 285. — **Hurd.** Surgical treatment of perityphlitis and of iliac phlegmon. *Med. Age.* Detroit Michigan, 1891, p. 100. — **Keetley.** Three cases of tubercular peritonitis in which abdominal section was performed. *Lancet*, Lond., 1890, II, 1028. — **Loderwijks.** Hœmato-salpinx bif eene zwangere. *Nederl. Fijdschr. v. Verlosk. en Gynæc.*, Haarlem, 1890, II, 140-142. — **Menocal.** Pyosalpinx izquierdo; histerectomia vaginal completa; curacion. *Rev. de cien. med.* Habana, 1890, V, 229. — **Mordret (E.)** (du Mans). De l'évolution clinique des salpingo-ovarites. *Gaz. des hôp.*, 22 nov. 1890, n° 134, p. 1237. — **Nechajeff.** Laparotomie dans la périmétrite chronique. *Russk. Med.*, St-Petersb., 1890, XVI, 435; 451. — **Noble (P.).** Pyo-salpinx in relation to sterility in women. *Med. Age.* Detroit Michigan, 1891, p. 103. — **Rouffart.** Observations et remarques relatives au traitement des abcès pelviens. *Cliniq.*, Brux., 1890, IV, 673-680. — **Sarwey.** Salpingo-oophorectomy. Nashville, *J. M. and S.*, 1890, n. s., XLVI, 408-412. — **Zweifel.** Ueber Salpingo Oophorectomie. *Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd XXXIX. Hft III, 353.

OVAIRES. — **Cabot.** Dermoid Cyst of ovary. *The Boston Med. and Surg. Journal*, sept. 1890, t. CXXIII, p. 278. — **Goodell.** Removal of an intra ligamentary cyst. *Medical News*, Philadelphia, vol. LVII, sept. 1890, p. 249. — Removal of a dermoïd cyst. *J. Am. M. Ass.* Chicago, 1890, 405-414.— **Rufus B. Hall.** Operation upon cyst of the broad ligament. *The Cincinnati lancet-Clinic*, 27 oct. 1890, t. XXV, p. 762. — **Kellogg.** Report of fifty consecutive cases of ovariotomy, including two of hysterectomy. *Tr. Mich. M. Soc.*, Detroit, 1890 — **Küstner.** Das Gesetzmässige in der Torsionsspirale torquiter Ovarialtumorstiele. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 11, p. 209. — **Lediard.** A case of ovarian tumour, ovariotomy; formation of fœcal fistula; recovery. *Lancet*, Lond., 1890, II, 921. — **Poisson.** Tumeur mixte du ligament large. *Bull. Soc. anat. de Nantes*, 1888, Par., 1890, XII, 125-128. — **Poullet.** Kyste mucoïde de l'ovaire. *Lyon méd.*, 1890, p. 481. — **Ricard.** Occlusion intestinale occasionnée par un kyste dermoïde de l'ovaire; laparotomie; extirpation du kyste; guérison. *Gaz. d. hôp.* Paris, 1891, LXIX, 3. — **Taylor.** Sequel to a case of ovariotomy. *Edinb. M. J.*, 1890-91, XXXVI, 452.

ORGANES URINAIRES. — **Andrejeff.** Treatment of incurable urinary fistula. Case of incurable cysto-urethro-vaginal fistula with complete destruction of urethra. *Vratch.* St Petesrb., 1890, XI, 833; 866.— **Caubet.** Traitement des cystites chez la femme. *Arch. de Toc.*, janvier 1891, p. 1; 89. — **Doublet (Alexandre).** *De la kolpo-cystotomie dans le traite-*

ment de la cystite douloureuse rebelle. Bordeaux, 1890. — **Etienne**. Calcul vésical chez une femme. Dilatation de l'urèthre. Lithotritie. *Arch. de Toc.*, janvier 1891, p. 30. — **Moore**. Overlooked female urethral troubles. *Medical Standard*, Chicago, novembre 1890, t. VIII, p. 130. — **Mykertchjants**. Traitement de l'incontinence d'urine par la périnéorrhaphie, etc. *J. akush. i Jensk. boliez.* St-Petersb., 1890, IV, 455-484. — **Neugebauer**. 39 neue Fälle von Cervicalfisteln des Uterus, etc. *Arch. f. Gyn.*, 1891. Bd XXIX. Hft 3, p. 509. — **Reyburn (Robert)**. Vaginal lithotomy. *Medical News*. Philadelphia, 25 oct. 1890, t. LVII, p. 421. — **Schauta**. Volkommene cloakenbildung bei gleichzeitiger regelmässiger Aussmundung des Darmes und der Harnrohre. *Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd XXXIX, Hft 3, p. 484. — **Stumpf**. Zwei Fälle von Fremd. körpern in der Harnblase. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 7, p. 138.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Anders**. Report of a case of sarcoma of the omentum and liver. *Medical News*, Philadelphia, 3 janv. 1891, t. LVIII, p. 8. — **Braun von Fernwald**. *Beiträge zur Lehre der Laparatomien mit besonderer Berücksichtigung der conservativen Myomatomien.* Leipz. et Wien, 1890. — **Buchanan**. Dermoïd Cyst of peritoneum not ovarian-with report of a case of omental Dermoïd treated by laparotomy. *American Lancet*, Detroit Mich., janv. 1891, t. XV, p. 6. — **Cicero**. Breves consideraciones sobre el lavado del peritoneo despues de la laparotomias. *Estudio*, Mexico, 1890, III, 24, 36. 52, 65, 86. — **Deletrez**. Quelques particularités observées dans les laparotomies. *Bull. et mém. Soc. de méd. prat. de Par.*, 1890, LXXXII, 1146-1149. — **Eichberg (Joseph)**. The medical treatment of peritonitis. *Medical News*, Philadelphia, 13 déc. 1890, t. LVII, p. 619. — **Fairbank**. Hydatids in the pelvis causing retention of urine, operation, cure. *Tr. clin. Soc. Lond.*, 1890, XXIII, 224. — **Goodell (William)**. Phantom Tumors, Abdominal dropsy. Ovaritis-Fibroid tumor of the uterus. *Medical News*, Philadelphia, 25 oct. 1890, t. LVII. p. 409. — **Harris**. Continuous drainage in the treatment of ascites. *Medical News*, Philadelphia, sept. 1890, vol. LVII, p. 300. — **Heintze**. *Ueber Todesursachennach Laparotomie.* Greisfswald, 1890. — **Lauenstein (Carl)**. Bemerkung zu der räthselhaften Heilwirkung der Laparotomie bei Peritonealtuberkulose. *Centralbl. f. Chirurgie.* Leipzig, 1890, n° 42, p. 793. — **Manton**. Cases of abdominal section. *The American Lancet.* Detroit Mich., t. XIV, septembre 1890, p. 328. — **Marcy**. The Surgical treatment of non-pedunculated abdominal tumors. *J. Ann. M. Ass.* Chicago, 1890. — **Mendes de Léon**. Een geral van chylus-cyste. *Nederl. Tijdschr.*, v. Verlosk eu Gynæk. Haarlem, 1890, II, 146-149. — **Miller**. Case of successful laparotomy for tubercular peritonitis. *Edinb. med. J.*, 1890-91, XXXVI, 341-343. — **Noble**. The control of hæmorrhage deep in the pelvis, with a report of a case of ovariotomy. *Med. News*, Philad., 1890, LVII, 449. — **Olshausen**. Die Laparotomien der Universitäts-Frauenklinik in Berlin während der 3 Jahre, 1er mai 1887-90. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1891, p. 219. — **Poggi**. *Della fascia ditela nell' estrazione dei tumori soldi del ventre efficacemente usato.* Bologna, 1890. — **Preindesberger**. Beittag zur Casuistik der Laparotomie bei Tuberculose des Peritoneum. *Wien. klin. Wchschr.*, 1890, III, 713-717. — **Price**. The Surg. conception of peritonitis *West. M. Reporter*, Chicago, 1890, VII, 213-215. — The motive and Method of Pelvic Surgery. *Medical Age*, Detroit Michigan, 25 nov. 1890, t. VIII, p. 508. — **Robinson**. Treatment of general septic peritonitis. *Medical News*, 6 déc. 1890, t. LVII, p. 594. — **Shoemaker**. Drainage in abdo-

minal Surgery. *Med. and Surg. Reporter.* Philad., 1890, LXIII, 416-418. — **Stephen Smith.** The prevention of schock during and after operations. *Medical News.* Philadelphia, 11 oct. 1890, t. LVII, p. 353. — **Terrillon.** Traitem. chirurgical de la péritonite tuberculeuse. *Semaine médicale.* Paris, 1890, p. 378. — **Thomson.** Experimentelle Untersuchungen ueber die Entstehung von Adhäsionen in der Bauchhöhle nach Laparotomien. *Cent. f. Gyn.*, 1891, nº 5, p. 105. — **Van der Veer.** Some of the difficulties met with in abdominal surgery, as illustrated by cases from personal records. *Medical News.* Philadelphia, 25 oct. 1890, t. LVII, p. 411. — **Weiss.** La laparotomie. *Rev. méd. de l'Est.* Nancy, 1890, XXII, 481. — **Wheeler.** Two Cases of laparotomy for tubercular peritonitis. *Med. Communicat., Mass. M. Soc.*, Boston, 1890, XV, 231. — **Wilson.** A case in which a foreign body was left in the abdominal cavity after ovariotomy, and some remarks upon the effects of tapping a unilocular ovarian cyst. *Med. News* Philad., 1891, LVIII, 61-64.

VARIA (TROUBLES NERVEUX STÉRILITÉ, VICES DE CONFORMATION). — **Hepburn.** Malformation of the female organs of generation, vagina duplex and uterus duplex, associated with displacement of the right kidney. *J. Anat. and Phys.* Lond., 1890-91, XXV, 24-30. — **Iomileff.** Stérilité. *Arch. de Toc.*, février 1891, p. 136 ; 189. — **Krafft-Ebing.** *Psychopathia sexualis m. besond. Berücksicht der conträren Sexualempfindung.* 6e aufl. Stuttgart, 1891. — **Rossignol (Francis).** De l'absence ou de l'état rudimentaire de l'utérus principalement au point de vue historique et clinique. *Th. Paris*, 1890-91, nº 72. — **St-Georgescu-Mangiurea.** Endometrita eu salpingita tuberculosa peritonitasi meningita tuberculosa consecutive ; morte, necropsie. Spitalul, Bucuresci, 1890, X, 535-539. — **Steinhaus.** *Menstruation und ovulation in ihren gegenseitigen Beziehungen.* Leipzig, 1890.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Delaunay.** *Sur le pronostic et le traitement dans les présentations du siège.* Lille, 1890. — **Morgan.** On spontaneous version. *Australas. M. Gaz.* Sydney, 1889-90, IX, 308. — **Riesenfeld.** *Wird bei der zweiten Drehung des Geburtsmechanismus der Kopf vom Rumpf oder der Rumpf vom Kopfe nach vorn gedreht ?* Würzb., 1890. — **Schatz.** Die Ursachen der Drehung des Kindeskopfes beim Druchang durch das mütterliche Becken. *Deutsch. med. Wchschr.* Leipz., 1890, XVI, 945-947. — **Strassmann.** Ueber Sturzgeburt. *Deutsch. m. Wchschr.* Leipz., 1890, XVI, 968-972.

ANATOMIE, BACTÉRIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **Abel.** Zur Anatomie der Eileitersschwaugerschaft nebst Bemerkungen zur Entwicklung der menschlichen Placenta. *Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd XXXIX. Hft 3, p. 393. — **Accouci.** Contributo allo studio dell'anatomia e fisiologia dell'utero gestante et partoriente. *Giorn. d. r. di med. di Torino*, 1890, XXXVIII, 641-638. — **Duval.** De la régénération de l'épithélium des cornes utérines après la parturition. *Compt. rend. Soc. de biol.*, Par., 1890, II, 697. — **Roncaglia.** Ulteriore contributo allo studio della placenta marginata. *Annal. di ostet.* Milano, 1890, XII, 609, 626. — **Webster.** The disposition of the pubic segment in pregnancy and in labour. *Tr. Edinb. obst. Soc.*, 1889-90, XV, 93, 102.

DYSTOCIE. — **Auvard.** Pseudo-rigidité du col. *Arch. de toc.*, jan-

vier 1891, p. 32. — **Bourrus**. Bassin plat rachitique ; diamètre conjugué de six centimètres et demi, grossesse gémellaire ; accouchement provoqué artificiellement à sept mois et demi ; extraction du fœtus par la version. *J. de méd. de Bordeaux*, 1890-91, XX, 60 ; 68. — **Carbonelli**, Contributo allo studio della genesi del bacino cifotico. *Riv. di ostet. e ginecol.* Torino, 1890, I, 241-250. — **Dodge**. Pregnancy and double uterus. *Medical Standard* Chicago, nov. 1890, t. VIII, p. 137. — **Mesnard**. Dystocie par accidents syphilitiques du col. *Arch. de toc.*, 1er janvier 1891, p. 19. — **Orefice**. Frequenti distocie nella provincia di Milano, cause e provedimenti necessar. *Gaz. med. lomb.* Milano, 1890, XLIX, 261-264. — **Pazzi**. Contributo alla statistica ed alla cura della placenta previa centrale con considerazioni cliniche in proposito. *Riform. med.* Napoli, 1890, VI, 1449 ; 1454 ; 1460 ; 1466 ; 1472. — **Toledo (Juan J.)**. Sur la rigidité du col de l'utérus pendant le travail de l'accouchement (étude analytique et critique). *Th. Paris*, 1890-91, n° 70. — **Vaille**. *Contribution à l'étude du bassin vicié par obstruction.* Paris, 1891. — **Vilpelle (Edouard)**. De la conduite à tenir dans les cas de dystocie due aux épaules. *Th. Paris*, 1890-91, p. 132.

GROSSESSE ET SUITES DE COUCHES. — **George Rohé**. The Diet of Lying-In Woman. *The Dietetic Gazette.* New-York, novembre 1890, t. VI, p. 183. — **Le Cudennec (Albert)**. Du palper abdominal appliqué à la recherche du volume du fœtus par rapport aux dimensions du bassin (Palper mensurateur). *Th. Paris*, 1890-91, p. 69.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Baldy**. The diagnosis of early ectopic gestation. *Medical News.* Philadelphia, 20 décembre 1891, t. LVII, p. 659. — **Feicht**. A case of suspected tubal pregnancy ; rupture, death. *Northwest. M. J.*, Minneap., 1890, XVIII, 209. — **Foerster**. Five cases of ectopic gestation. *Am. J. Obst.* N.-Y., 1890, XXIII, 1204-1215. — **Küstner**. Ueber Extrauterinschwangerschaft. *St-Petersbourg med. Wchschr.*, 1890, N. F., VII, 383-385. — **Lataste**. Expérience à l'appui d'une théorie nouvelle de la gestation extra-utérine. *Compt. rend Soc. de biol.* Par., 1890, II, 85-91. — **Leslie Dewees**. A case of extra-uterine pregnancy with spontaneous recovery. *Medical News.* Philadelphia, 4 octobre 1890, t. LVII, p. 330. — **Orthmann**. Ueber Tuberschwangerschaften in der ersten Monaten, mit besonderer Berücksichtigung der pathologisch-anatomischen Befunde. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1891, Bd XX, Hft 1, p. 143. — **Piccinini**. Ezite e trattamento della gravidanza tubaria. *Gaz. med. di Roma*, 1890, XVI, 305 ; 329. — **Regnauld (Eug.)**. Contribution à l'étude de la laparotomie dans la grossesse extra-utérine. *Th. Paris*, 1890-91, n° 111. — **Smolski**. *Diagnostic et traitement de la grossesse extra-utérine dans la 1ère moitié de son évolution.* St.-Pétersbourg, 1890. — **Sutton**. A case of tubal pregnancy with remarks on the cause of early rupture. *Med. Chir. Tr.* Lond., 1890, XXIII, 55-60. — **Terrillon**. Grossesse tubaire de sept mois. *Arch. de toc.*, 1er mars 1891, p. 169. — **Voigt**. Ein Fall von Extra-uterin Schwangerschaft ; Bauchschnitt 14 Tage nach Absterben der reifen Frucht ; etc. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 6, p. 121. — **Wathen**. Laparatomy us. electricity in ectopic pregnancy. *South. M. Rec.* Atlanta, 1890, XX, 493-496.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Casati**. Gravidanza gemellare ; posizione transversa dei due feti ; procidenza d'un funiculo e di due mani ciascuna d'uno feto diverso ; doppia versione podalica. *Raccoglitore med.* Forli, 1890, X, 125-133.

NOUVEAU-NÉ ET FŒTUS. — **Falk**. The prevention of purulent con-

jonctivitis in the eyes of new Born infants. *Buffalo Medical and Surgical Journal*, février 1891, vol. XXX, p. 406. — **Karl Grossman**. On the prevention of infantile ophtalmia. *British. Med Journal*. London, 7 février 1891, p. 281. — **Lusk**. Life-Saving methods in stillbirths. *Am. J. M. Sc.*, Philad., 1891, 109-116.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Baldwin**. A case of Porro-Cæsarean operation. *Nortwest M. J.*, Minneap. 1890, XVIII, 222. — **Bompiani**. Seconda e terza operazione cesarea con conservazione dell' utero, madre e figli salvi. *Riv. di ostet e ginec.* Torino, 1890, I, 262; 273. — **Bradley**. New Method of producing abortion. *Kansas M. J.* Topeka, 1891, III, 1. — **Devos**. Difficulté de la provocation de l'accouchement. *Press. méd. belge*, Brux., 1890, XLII 633-636. — **Fopplano**. *Metodo simplice di perforazione cranica su feto idrocefalico.* Genève, 1890. — **Lasselves**. *Contribution à l'étude de quelques procédés d'intervention dans les positions occipito-postérieures et en particulier du procédé du Dr Loviot*, Bordeaux, 1890. — **Munk**. Ein Beitrag zu den selteneren Indicationen für sectio cæsarea. *Prag. med. Wchnschr.*, 1890, XV, 533; 548. — **Sacchi**. Il parto precoce artificiale nelle stenosi pelviche piu comuni (studiato dal lato storico e con speciale riguardo ai nuovi mezzi di allevamento dei bambini immaturi). *Annali di ost. e ginec.* Milano, janv. 1891, p. 41. — **Varnier**. Du dégagement de la tête en position occipito-sacrée. *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enf.*, 1891, février, 45. — **Walter J. Cree**. Forceps in labor. *American Lancet*. Detroit Mich. Décembre 1890, t. XIV, p. 442.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Abelin**. Contribution à l'étude de la pathologie des suites de couches dans les pays paludéens. *Arch. de toc.*, janvier 1891. p. 43; 112; 174. — **Arens**. *Ein Beitrag zur Pathologie der Entbindungs-Lahmungen*. Göttingen. 1889. — **Bolling**. A case of placenta prævia; Death. *Medical News*. Philadelphia, vol. LVII, juillet 1890, p. 66. — **Bossi**. I vizi di cuore nelle gestanti. *Riv. di ost. e ginecol.* Torino, 1890, I, 289-295. — **Chadwick**. Two cases of pregnancy complicated with tumors. *The Boston med. and surg. Journal*, 4 décembre 1890, t. CXXIII, p. 532. — **Chesney**. Pernicious vomiting of pregnancy with report of case. *The North American practitioner*. Chicago, t. II, déc. 1890, p. 461. — **Christian**. Arrested development of the ovum by reason of mal-attachments, and from resulting pathological alterations of placenta. *The American Lancet*, Detroit Mich., t. XIV, sept. 1890, p. 321. — **Chambrelent**. De l'unité pathogénique des différentes formes de l'infection puerpérale. *J. de méd. de Bordeaux*, 1890-91, XX, 78; 88. — **Clauss**. *Ueber Schwangerschaft Kompliziert mit Cervix carcinome*. Tübingen, 1890. — **Cleudencis**. Two cases of phlegmasia alba dolens. *Am. J. Obst.* N.-Y., 1890, XXIII, 1221-1227. — **Delcroix (Alexandre)**. Etude sur la rupture centrale du périnée en accouchements. *Th. Paris*, 1890-91, n° 133. — **Dylion**. *De l'insertion vicieuse du placenta; essai de clinique thérapeutique*. Paris, 1890. — **Eberhardt**. *Ub. Gerinnungen in der Placenta*. Th. inaug. Berne 1891. — **Elbing**. Ein Lithopedion im rudimentarën Horn eines Uterus bicornis mit Schwangerschaft des anderen Hornes complicirt. *St. Petersb. med. Wchnschr.*, 1890, VII; 299. — **Ellis**. Acasa of acuta goitre occurring during the puerperalperiod. *Brit. M. J.* Lond., 1890, II, 1175. — **Faure (Edmond)**. Contribution à l'étude de la folie chez les nouvelles accouchées. *Th. Lyon*, décembre 1890, n° 565. — **Fehling**. Weitere Beitrage zur Klinische Bedeutung der Ne-

phritis in der Schwangerschaft. *Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd XXXIX, Hft 3, p. 458. — **Gardner**. The relation of albuminuria to puerperal eclampsia. *Therap. Gaz.* Detroit, 1891, VII, 16-19. — **Taylor** (G.). Rupture of the vagina and escape of the fœtus and placenta in to the peritoneal cavity. *Medical News*. Philadelphia, 18 octobre 1890, LVII, p. 397. — **Graefe**. Ueber Gebarmutterblutungen als Indication zur Einleitung der Künstlichen Abortus. *Münch. med. Wchnschr.*, 1890, XXXVII, 885-887. — **Howard Fussel**. A case in which cystic degeneration of the Kydneys of a fœtus prevented delivery. *Medical News*. Philadelphia, 10 janvier 1891, t. LVIII, p. 40. — **Hurry**. Case of symmetrical erysipelas, followed by premature labour, and eclampsia on the nineteenth day, *Lancet*, Lond., 1890, II, 822. — **Jaggard**. Leukœmia and pregnancy. *Medical News*. Philadelphia, t. LVII, juillet 1890, p. 49. — **Johnson**. A case of accidentel Hemorrhage from the gravid uterus. *Am. J. obst.* N.-Y., 1890, XXIII, 1215-1221. — **Jorissenne**. Lait putréfié dans la mamelle. *Arch. de toc.*, février 1891, p. 86. — **Kaltenbach**. Ueber Hyperemesis gravidarum. *Munchen. med. Wchschr.*, 1890, XXXVII, 745. — **Liégeois**. Métrorrhagies de cause paludéenne après la délivrance. *Arch. de Toc.*, janvier 1891, p. 28. — **Lockhart**. A case of puerperal convulsions four days after delivery. Atlanta, *M. and S. J.*, 1890-91, VII, 532. — **Meyer**. Remarques sur l'albuminurie pendant la grossesse et les suites de couches. *Kjolenh. med. Selesk. Forh.*, 1889, 82-85. — **Mynlieff**. *Hydrorrhœa gravidarum*, Berl. and Neuwied, 1890. — **Nahmmocher**. Tödtliche Blutung bei einer Hochschwangeren aus einem Varix der Vulva; Sectio Cæsarea post mortem. *Berl. Klin. Wchnschr.*, 1890, XXVII, 961. — **Proben**. Placenta prævia centralis with tranverse presentation. *Med. Rec.*, N. Y., 1891, XXXIX, 81. — **Remy**. Deux cas d'inversion utérine. *Arch. de toc.*, fév. 1891, p. 81. — **Schuhl**. Inertie utérine pendant un accouchement compliqué de tumeur fibreuse du fond de la matrice, *Rev. méd. de l'Est*, Nancy, 1890, XXII, 604-606. — Putréfaction intra-utérine pendant la vie fœtale. *Arch. de toc.*, mars 1891, p. 225. — **Stebbins King**. Puerperal tetanus. *Medical Standard*, Chicago, déc. 1890, t. VIII, p. 158. — — **Torelli**. Sulle complicanze renali della gravidanza. *Rivista*, Genova, 1889, VIII, 309-318. — **Varnier**. Des procidences. *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enf.*, 1891, janvier, 1, 45.

THÉRAPEUTIQUE ET ANTISEPSIE. — **Audebert**. *De l'intervention dans l'infection puerpérale post-abortive*. Bordeaux, 1890. — **Braun-Fernwald**. Zur modern Therapie der Abortus. *Allg. Wien. med. Ztg.*, 1890, XXXV, 483. — **Chaleix**. Curage digital de l'utérus dans un cas d'hémorrhagie grave consécutive à un avortement de trois mois. *Arch. de Toc.*, janv. 1891, p. 14. — **Chazan**. Zur Behandlung der Fehlgeburt. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 4, p. 81. — **Fraisse**. Du tamponnement intra-utérin dans certains accidents de puerpéralité. *Arch. de toc.*, mars 1891, p. 162. — **Howald**. *Œthernarcose in der Geburtshülfe u. Gynækologie*. Th. inaug. Bern, 1890. — **Klein**. Zur Therapie der uterus ruptur im Anschlusse an zwei Fälle. *Pest. med. chir. Presse*, Budapest, 1890, XXVI, 1060. — **Long**. The curette after labor and abortion. *Tr. M. Soc. N. Car.*, 1890, Wilmington, 1891, 80-92. — **Moses**. Uterus tamponade bei atonischer Blutung post partum. *Deutsch. med. Wchnschr.*, Leipz., 1890, XVI, 1235. — **Petit** (P.). Treize interventions pour accidents post partum ; infection puerpérale à forme mixte. *France méd.*, Par., 1890, XXXVII, 657-659. — **Reid**. Anœsthetics in relation to midwifery. *Glascow M. J.*, 1890,

XXXIV, 411-413. — **Wolcott.** Manual delivery in miscarriage. *Homœop. J. Obst.* N.-Y., 1891, XIII, 28-32.

VARIA. — **Ballantyne.** Maternal Impressions, *Edinb. M. Journ.*, janv. 1891, p. 624. — **Cunningham.** Phantom tumours simulating pregnancy. *Texas Cour. Rec. Med.*, Dallas, 1890-91, VIII, 64-57. — **Grossier** (**Paul**). La Maternité de l'hôpital St-Louis du 1er janv. 1883 au 1er juil. 1889. *Th. Paris*, 1890-91, n° 78. — **Lardier.** De l'intervention des médecins dans la pratique obstétricale des sages-femmes. *Bull. méd. d. Vosges.* Rambervilliers, 1890-91, V, 19-25. — **Marsais** (**Gaston**). Des blessures de la matrice dans les manœuvres criminelles abortives. *Th. de Lyon*, décembre 1890, n° 579. — **Poirier** (**Gustave**). Des nourrices enceintes, influence de leur grossesse sur l'enfant qu'elles allaitent. *Th. Paris*, 1890-91, n° 73. — **Simons.** The professional, moral and legal responsability of the obstetrician in case of death from puerperal septicæmia. *Med. News.* Phil., 1890, LVII, 479-432. — **Skatkowski.** Ueber das Verhältniss gewisser Durchmesser ders Kindlichen und des mutterlichen Schädels. *Arch. f. Gyn.* Berl., 1890, XXXVIII, 501-510. — **Saurenhaus.** Ueber die Menge des Fruchtwassers nach Ausstossung des Kindes. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1891, Bd XX, Heft I, p. 134. — **Tait** (**L.**). D. Bache Emmet's case of pregnancy in wich it is alleged the ovum passed entire from the tube out through the uterine cavity. *Am. J. obst.* N.-Y., 1890, XXIII, 1227.

VARIA

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Prix Jean Dubreuilh.

Ce prix, d'une valeur de 400 francs, sera décerné en 1892.

Pour se conformer aux intentions du fondateur de ce prix, qui a voulu que le sujet à traiter fût un sujet de pratique obstétricale, la Société de Médecine et de Chirurgie met au concours la question suivante :

Traitement des accidents septicémiques de l'accouchement et des suites de couches.

Les Mémoires, écrits très lisiblement en français, doivent être adressés, *francs de port*, à M. G. Sous, Secrétaire général de la Société, 53, rue des Trois-Conils, jusqu'au 29 février 1892, limite de rigueur. Les Membres associés residants de la Société ne peuvent pas concourir. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître ; chaque mémoire doit être désigné par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant le nom, l'adresse du concurrent ou celle de son correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours.

Le gérant : G. Steinheil.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Mai 1891

TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'AVORTEMENT A RÉPÉTITION ET DES MOYENS D'Y REMÉDIER

Par le Dr **Schuhl**, ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Nancy, lauréat de l'Académie de médecine.

INTRODUCTION

Lorsque plusieurs grossesses successives se terminent avant que le fœtus soit viable, on dit qu'il y a avortement à répétition.

C'est l'étude de cette variété d'avortements et des moyens d'y remédier que nous nous proposons de faire dans ce travail.

Nous examinerons les différentes causes de ces avortements et les moyens par lesquels elles produisent l'interruption de la grossesse ; nous dirons ensuite quelques mots de la fréquence relative de ces causes, de leur diagnostic, de l'époque de la gestation à laquelle elles déterminent le plus souvent les fausses couches. Ces différents points seront étudiés dans la première partie de ce travail, intitulée *Étiologie*.

Une deuxième partie comprendra les *moyens de remédier à ces avortements*

PREMIÈRE PARTIE

ÉTIOLOGIE

Lorsque des avortements surviennent à plusieurs reprises chez la même femme, ils ont le plus souvent une cause unique qui, à chaque grossesse, exerce son action nuisible sur le cours de la gestation. Plus rarement, la cause est différente pour chaque avortement, de sorte que les fausses couches successives n'ont entre elles aucun rapport au point de vue étiologique. On comprend facilement que toutes les causes capables d'interrompre la grossesse puissent se rencontrer dans cette dernière catégorie d'avortements à répétition. Dans la première variété au contraire il s'agit d'une étiologie spéciale que nous aurons surtout en vue dans cette étude.

Nous diviserons les causes des avortements à répétition en trois groupes : 1° Causes tenant à la mère ; 2° Causes provenant du père ; 3° Causes dépendant de l'œuf.

I. — **Causes tenant à la mère.**

Nous étudierons successivement celles qui dépendent de l'état général de la femme : *causes générales*, et celles qui sont liées à un état spécial des organes de la reproduction : *causes locales*.

Causes générales. — 1° CAUSES GÉNÉRALES PHYSIOLOGIQUES ET HYGIÉNIQUES. — *Habitude.* Un premier avortement, suivant un grand nombre d'auteurs, prédisposerait à des avortements ultérieurs, en dehors de toute maladie, par l'effet d'une simple habitude. Cette cause a surtout été invoquée dans les cas où l'examen le plus minutieux n'a pas permis de trouver une autre étiologie des avortements successifs. Pour l'admettre, on s'est basé sur la disposition qu'ont les organes à reproduire spontanément certains actes lorsque ces derniers ont été souvent répétés sous une influence quelconque. Cette disposition à la répétition se

retrouverait dans l'utérus, et les faits observés par Barnes (1) viennent à l'appui de cette opinion. Cet accoucheur a remarqué, lorsqu'il provoquait artificiellement l'accouchement dans plusieurs grossesses successives, que l'utérus répondait aux appels avec une facilité croissante, si bien que le travail finissait par être presque spontané au moment voulu.

Certains faits observés chez les animaux semblent encore indiquer l'action de l'habitude. « Pelé dit qu'une vache qui avorte pour la première fois à quatre mois, si elle peut concevoir encore, avorte pour la seconde fois à un terme plus avancé, et la troisième fois plus près encore du terme normal. Mais après cela les veaux viennent toujours à bien... Une fois que l'avortement a sévi sur les vaches d'une étable, écrit M. Salomé, on peut être sûr qu'il y reparaîtra pendant plusieurs années avec une opiniâtreté désespérante. » (Bouley. *Nouveau dict. prat. de méd. vétérinaire*, art. Avortement, p. 310.)

On peut objecter, pour tous les avortements qui, soit chez la femme, soit chez les animaux, ont été attribués à l'influence de l'habitude, qu'une autre cause, difficile à saisir, restée inconnue, a pu donner naissance aux fausses couches. Pour les faits observés dans la médecine vétérinaire, Jacquemier (2) croit à l'influence de certaines conditions d'alimentation, de stabulation et d'aération encore mal appréciées qui développent des états infectieux temporaires. Bouley suppose l'existence d'une perturbation de la fonction ovarienne.

Quant à l'espèce humaine, l'influence de l'habitude a également été mise en doute ou niée par un grand nombre d'observateurs.

Hüter (3) en 1864, nie formellement, d'après sa propre expérience, qu'une prédisposition à l'avortement puisse exister après une ou plusieurs fausses couches, et pour lui,

(1) *Traité théorique et clinique d'obstétrique*, trad., Cordes, 1886, p. 336.

(2) *Dict. des sciences méd.* Avortement, t. VII, p. 530.

(3) De l'avortement habituel dans la flexion de l'utérus. In *Monatsch. f Geburtsk.*, 1864, t. XXIV, p. 199.

admettre cette cause, c'est simplement masquer notre ignorance. Dans plusieurs cas qu'il a observés, on aurait pu facilement admettre l'influence de l'habitude, alors que les avortements étaient dus à des flexions utérines difficiles à diagnostiquer.

Hubert de Louvain (1), Bick (2), Lechler (3), Eybert Grandin (4) s'élèvent tous contre cette influence hypothétique. Garimond (5) fait remarquer qu'il est difficile d'admettre une habitude pour un organe tel que l'utérus, qui se renouvelle après chaque grossesse, et dont les fibres nouvelles à chaque gestation n'ont jamais expulsé de fœtus.

Les opinions, on le voit, sont partagées sur le point qui nous occupe. L'influence de l'habitude de l'avortement ne doit, croyons-nous, être admise qu'avec la plus grande réserve, et, dans un cas d'avortement à répétition, ainsi que le dit Eybert Grandin, le microscope et le scalpel permettront le plus souvent de trouver une autre cause de l'interruption de la grossesse (6).

Tempéraments. — On a fait jouer un grand rôle à l'action

(1) *Cours d'accouch.*, 1878, t. II, p. 421.

(2) *Aetiologie des Abortus*, 1882. Thèse de Wurzbourg.

(3) *Pathologie und therapie des Abortus*. Th. Berlin, 1883.

(4) De l'avortement habituel. *Arch. de tocologie*, 1884, p. 180.

(5) *Traité théorique et pratique de l'avortement*, 1873.

(6) M. le Dr Budin dans le rapport sur le concours pour le prix Capuron (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1890, p. 589), a signalé un mémoire que M. Nocard a publié en 1886 et qui est intitulé : « Recherches sur l'avortement épizootique des vaches. » (*Recueil de médecine vétérinaire*, 15 septembre 1886, p. 669.) M. Nocard fait remarquer que lorsqu'une vache a avorté, ou bien elle ne parvient plus à être fécondée, ou bien, si elle conçoit, elle avortera de nouveau. Des recherches qu'il a faites sur les causes de cette maladie, il a pu tirer les conclusions suivantes :

« 1° Chez les vaches avortées, même chez les primipares, il existe dans la cavité utérine, entre la muqueuse et les membranes fœtales, notamment dans les cryptes cotylédonnaires, des micro-organismes divers qu'on ne retrouve pas chez les vaches pleines, chez celles même qui ont déjà porté, lorsqu'elles proviennent de pays où l'avortement n'existe pas ;

2° Ces micro-organismes ne paraissent pas exercer une action nocive sur

des différents tempéraments. Mais aujourd'hui, on s'accorde presque généralement à ne reconnaître à cette cause qu'une action limitée, et seulement lorsque les tempéraments sont fortement accentués. Si on a noté, dit Joulin, l'avortement chez une femme nerveuse ou lymphatique, chez mille autres femmes dans les mêmes conditions, on a vu la gestation suivre sa marcho régulière. Mais lorsque les tempéraments s'écartent trop des limites physiologiques, ils constituent des maladies qui peuvent être une cause prédisposante de l'avortement. Dans ces cas, il faut quelque chose de plus que l'action de cette cause pour produire la fausse couche; il faut qu'il s'y ajoute certains troubles fonctionnels qui dépendent du tempérament. Ces restrictions étant faites, voyons comment on a expliqué l'action des tempéraments.

Le tempérament *pléthorique* expose aux congestions, aux hémorrhagies utérines. Si on ajoute à cette action de la pléthore celle du molimen menstruel qui continue à se faire sentir pendant la grossesse, on comprend que l'avortement puisse en être la conséquence, et qu'il soit surtout à craindre aux époques qui correspondent à la menstruation (1).

la muqueuse utérine de la mère, soit pendant la durée de la gestation qui doit être brusquement interrompue, soit après l'avortement.

3° L'avortement répété chez le même sujet s'expliquerait bien, si l'on admet l'influence pathogène d'un microbe dans la cavité utérine jusqu'au moment où il pourra exercer cette action sur un nouveau fœtus ou sur ses enveloppes..... »

M. Nocard a trouvé les mêmes micro-organismes dans le tube intestinal et le plus souvent dans le bulbe du fœtus.

Grâce à ces recherches, on connaît aujourd'hui la cause de cette variété d'avortements à répétition, observés chez les animaux, et qu'on pouvait attribuer autrefois à l'influence de l'habitude. En faisant chez la femme des recherches semblables aux précédentes, on arrivera peut-être aux mêmes conclusions. « On sait, dit M. Budin, combien l'observation des animaux et les expériences qui sont faites sur eux peuvent éclairer les points obscurs de la pathologie humaine... Il est probable que, dans un avenir qui n'est pas éloigné, des faits d'avortement à répétition, dont on ignore aujourd'hui la cause chez la femme, pourront être expliqués. De là au traitement rationnel et à la guérison, il n'y aura qu'un pas. »

(1) Nous citerons comme exemples d'interruption répétée de la grossesse

Le *tempérament lymphatique* s'accompagnerait souvent de leucorrhée, de laxité du col, d'atonie des organes génitaux, conditions favorables à la production de l'avortement. Nous examinerons plus loin l'influence de ces états pathologiques de l'utérus.

Le *tempérament nerveux* favoriserait la mise en jeu de la contractilité utérine à la suite d'excitations même légères, et, en outre, par l'action sur les nerfs vaso-dilatateurs produirait facilement de la congestion au niveau des organes génitaux.

Constitution délicate. — La gestation nécessite une suractivité de tous les organes et de l'utérus en particulier; le fœtus pour naître vivant et à terme doit trouver auprès de la mère tous les matériaux nécessaires à son développement. Aussi comprend-on théoriquement qu'une constitution délicate, détériorée puisse prédisposer à l'interruption prématurée de la grossesse.

Très souvent, l'altération de la constitution est accompagnée d'une maladie générale ou locale qui tantôt est la cause, tantôt est le résultat de la constitution ; aussi celle-ci n'est-elle souvent pas seule en jeu dans la provocation des avortements et n'a-t-elle souvent qu'un rôle secondaire (1).

Age. — Les grossesses survenant aux deux extrêmes de la vie génitale seraient particulièrement prédisposées à l'avortement. Suivant Velpeau, c'est entre 20 et 40 ans que les fausses couches sont le moins fréquentes. On a admis que, chez les femmes trop jeunes, l'utérus, n'ayant pas encore son complet développement, ne peut pas se prêter à un accroissement en rapport avec celui de l'œuf et serait obligé d'expulser prématurément son contenu. En outre, chez elles, les matériaux nécessaires au fœtus seraient en grande partie

---

occasionnée par la pléthore, des observations de Smellie (*Obs. sur les accouch.* traduction française, 1756, t. II, p. 244) et de M. Stolz (in DEUBEL, thèse Strasbourg, 1834, p. 21).

(1) FAYOLLES. Thèse, Paris, 1851, p. 12) rapporte un exemple de l'influence de cette cause sur plusieurs grossesses.

détournés au profit du développement encore incomplet de la mère. Chez les femmes trop âgées, les fibres de l'utérus seraient trop rigides pour permettre le développement complet de cet organe pendant la grossesse, les ovules n'arriveraient plus à un développement complet avant leur fécondation.

Joulin croit que ces opinions sont basées sur des raisonnements théoriques plutôt que sur l'observation. Pour lui, lorsque la conception est possible, l'utérus est assez développé pour permettre à la grossesse de suivre son cours jusqu'au terme normal.

Cependant, on peut dire aujourd'hui que des observations montrent nettement l'influence de l'âge, au moins de l'âge précoce, sur l'avortement. Whitehead (1) dit que le mariage avant la puberté est fréquent à Manchester et que l'avortement y est fréquent aussi.

Dans un travail publié par le Dr Jules Rouvier (2) l'influence du jeune âge sur l'interruption de la grossesse est nettement démontrée. Cet auteur a examiné en Syrie 79 femmes mariées avant leur 16e année; elles ont eu sur 316 grossesses 76 avortements, soit 24 0/0. Quoiqu'on ne soit pas encore fixé exactement sur la fréquence générale de l'avortement, on peut dire cependant que la proportion trouvée par le Dr Rouvier est considérable et bien faite pour démontrer l'influence du mariage précoce sur l'interruption de la grossesse.

Hérédité. — Il arrive quelquefois qu'une mère sujette aux avortements donne le jour à des filles prédisposées également aux fausses couches, et on en a conclu que l'hérédité joue un rôle dans les avortements. On comprend en effet que les mères transmettant souvent à leurs filles leur constitution et leurs dispositions organiques, puissent leur transmettre une prédisposition aux avortements. Gari-

(1) BARNES. *Loc. cit.*, p. 302.

(2) Des mariages précoces et de leurs conséquences. *Ann. de gynéc.*, mars 1889, p. 185.

mond (1) admet que l'hérédité transmet une irritabilité morbide générale ou une irritabilité de l'utérus favorable à la production des fausses couches. Pour Jacquemier (2), l'hérédité agit par la transmission d'une disposition aux hémorrhagies ou d'une excitabilité anormale de l'utérus ou des ovaires. Joulin (3) n'admet l'influence de l'hérédité qu'avec la plus grande réserve. Il est possible, dit-il, en raison de la fréquence des fausses couches, qu'on observe le même accident chez la mère et la fille, mais l'influence de l'hérédité ne peut pas être démontrée.

Mariages consanguins. — Les mariages consanguins ont été admis parmi les causes d'avortements; mais leur influence a été exagérée et, suivant M. Tourdes (Dict. de Dechambre), est plutôt due à des tares de famille, à des diathèses anciennes.

Embonpoint. — Les femmes extraordinairement maigres, dit Hippocrate, devenant enceintes, avortent tant qu'elles n'ont pas d'embonpoint (Aphor. V, 44). Mais cette influence est généralement rejetée aujourd'hui.

Il n'en est pas de même de l'action de l'obésité qui, malgré le peu d'importance qu'y attache Joulin, semble démontrée par une observation de M. Stolz (Deubel, Th. Strasbourg, 1834, p. 14) et par un cas rapporté par Goubert (*De l'étiologie des avortements à répétition.* Th. Paris, 1878, p. 13).

Fournel (4) rapporte les avortements dus à l'obésité à trois origines : 1° à la vitalité peu considérable du fœtus, dont la nutrition est diminuée au profit de celle de la mère ; 2° à la gêne apportée au développement de l'utérus par la nutrition imparfaite du tissu utérin qui existe dans l'obésité, et par la pression qu'exerce sur la matrice l'épiploon chargé de tissu graisseux; 3° aux troubles de la circulation et de la respiration maternelles, engendrés par la surcharge graisseuse ou

(1) *Loc. cit.*
(2) *Dict. des sc. méd.* Avortement, p. 529.
(3) *Traité complet d'accouchements*, 1867.
(4) Effets de l'obésité sur les fonctions génitales. *Gaz. des hôp.*, 1889, p. 183.

par la stéatose parenchymateuse du cœur. Ces troubles ont pour résultats la stagnation du sang maternel dans les sinus utérins et la richesse de ce sang en acide carbonique, conditions favorables aux hémorrhagies utérines, à l'asphyxie fœtale et à la production des contractions utérines.

Altitude. — D'après Saucerotte, les femmes habitant les sommets des Vosges, ont l'habitude, lorsqu'elles sont enceintes, de descendre dans la plaine pour éviter les avortements. C'est sur cette assertion, reproduite dans presque tous les traités d'accouchements, qu'on s'est basé pour attribuer à l'altitude une action sur l'interruption de la grossesse. Paganel (1) explique cette influence par la diminution de la pression atmosphérique qui favorise la congestion de tous les organes, et en particulier celle de l'utérus chez la femme enceinte.

Devilliers (2) l'explique par la fatigue de la marche sur des pentes rapides, agissant comme cause traumatique. Mais, ainsi que le fait remarquer Joulin, Saucerotte ne rapporte le fait que d'une manière très vague, et n'a pas examiné si d'autres circonstances n'étaient pas l'origine des avortements. Du reste, on n'a pas signalé une prédisposition aux avortements dans des pays bien plus élevés que les Vosges.

Climats. — L'influence des climats, en dehors de l'action des affections endémiques qui peuvent exister, ne semble pas être considérable sur la grossesse. Cependant on a remarqué que les Européennes, transportées dans un climat chaud, avortent facilement, probablement à cause de l'anémie profonde qu'occasionne le séjour dans les pays chauds Cette remarque a été faite pour Pondichéry (Inde) (3).

OBS. — Moreau (4) cite l'exemple d'une dame française qui,

(1) *Des causes et du traitement de l'avortement.* Th. Paris, 1869, p. 11.

(2) *Dict. de méd. et de chir. pratiques*, Avortement.

(3) SIOTIS. *Des causes de l'avortement.* Th. Paris, 1859, p. 53.

(4) GOUBERT. *Loc. cit.*, p. 2.

transportée dans une île de la Méditerranée, ensuite dans l'Océan Atlantique, avorta plusieurs fois de suite. Elle avait porté ses enfants à terme avant son départ. A son retour en France, elle redevint enceinte et n'avorta plus.

Alimentation insuffisante. — Hippocrate avait déjà remarqué que les femmes affaiblies par une mauvaise alimentation étaient exposées à avorter pour la plus légère cause. Depuis, on a eu l'occasion de vérifier ce fait. Nægelé a signalé une épidémie d'avortements pendant la disette de 1816, M. le Dr Villermé (1) a fait en 1816 la même observation. Bourgeois (2) attribue l'avortement dans ces cas à la consistance insuffisante des vaisseaux utéro-placentaires qui, se rompant facilement, amènent la fausse couche?

On comprend que, si la femme se trouve assez longtemps dans ces mauvaises conditions hygiéniques, l'avortement puisse se produire plusieurs fois de suite, ainsi que cela a eu lieu dans un cas rapporté par Goubert (3).

Repos prolongé. — On admet généralement que le repos est une précaution utile pour prévenir les contractions prématurées de l'utérus. Il existe en effet de nombreuses observations dans lesquelles, après plusieurs avortements, le repos observé pendant toute la grossesse a eu les résultats les plus favorables. Mais il faut se garder d'appliquer ce traitement à tous les cas. En effet, chez certaines femmes lymphatiques, anémiées, à constitution détériorée, le repos prolongé peut aggraver l'état général et favoriser l'avortement qu'il devait combattre. Dennmann (4), Fournier de Lempds (5), Lepelletier (6) mentionnent des cas d'avortements prévenus par l'exercice. Des observations de Joulin (7)

(1) *Mém. de l'Académie de médecine*, 1828, t. I, p. 51.
(2) *Mém. de l'Acad. de méd.*, 1861, t. XXV.
(3) *Loc. cit.*, p. 16.
(4) *Introd. à la prat. des acc.* Trad. Kluyskens, 1802, t. II, p. 336.
(5) *Ann. clin. de Montpellier*, t. XXVI, p. 344.
(6) *Phys. méd. et phil.*, 1833, t. IV, p. 370.
(7) *Traité complet d'accouch.*, 1867, p. 761.

et de Baudelocque semblent indiquer également les mauvais résultats obtenus par le repos prolongé. Mais nous croyons que si l'état général de la femme n'est pas altéré, le repos, loin de favoriser l'avortement, est au contraire dans quelques cas nettement indiqué pour prévenir les fausses couches.

Obs. — Baudelocque (1) cite l'observation d'une dame qui eut trois avortements à diverses époques de la gestation. Elle avait l'habitude de passer le temps de ses grossesses, tantôt couchée, tantôt sur une chaise longue, le tout d'après les conseils de sa famille. Enceinte pour la 4e fois, elle consulta Baudelocque qui l'engagea à aller prendre un exercice modéré à la campagne. Elle suivit ses avis et accoucha heureusement à terme. Pendant sa 5e grossesse, elle reprit ses premières habitudes sédentaires et elle eut un avortement.

2° Causes accidentelles. — *Traumatismes.* — Les traumatismes peuvent occasionner l'avortement, soit en provoquant la mort du fœtus, soit en donnant lieu à une congestion ou à une hémorrhagie utéro-placentaire, soit enfin en excitant directement la contractilité utérine.

A leur étude se rattache celle des *professions pénibles*, dont les observations suivantes montrent l'influence sur des grossesses successives.

Obs. — M. Edis (2) a cité un exemple dans lequel de simples soins et une diminution du travail permirent à une fille de ferme de conduire à terme trois grossesses après quatre fausses couches.

Obs. — Goubert (3). P..., 34 ans, n'a jamais été malade. Les quatre premières grossesses ont été heureuses, alors qu'elle travaillait à un ouvrage peu fatigant. Elle a été occupée ensuite au découpagé des boutons, travail très pénible nécessitant de *grands efforts*. Elle fit deux fausses couches, la première à cinq mois, la seconde à six mois. Ensuite, pour la 7e grossesse, elle quitte son

(1) *Traité d'accouchements*, Goubert, et *Loc. cit.*, p. 20.

(2) *Répertoire universel d'obst. et de gynéc.*, 1889, p. 189.

(3) *Loc. cit.*, p. 69.

travail pénible, et l'accouchement a lieu à terme. Pas d'antécédents diathésiques du côté du mari.

Émotions morales. — Les émotions morales peuvent être une cause d'avortements ; mais il existe nombre de cas dans lesquels les impressions morales les plus vives n'ont eu aucun résultat fâcheux pour la grossesse. C'est que le plus souvent ces causes n'interrompent la gestation que dans les cas où il existe déjà une prédisposition à l'avortement.

Par quel mécanisme produisent-elles l'expulsion prématurée du produit de la conception ? Tantôt elles amènent directement la mort du fœtus, dont les mouvements deviennent d'abord tumultueux, puis de plus en plus faibles et ne laissent aucun doute sur la nature de la cause de leur disparition ; tantôt elles provoquent des contractions utérines : d'autres fois une hémorrhagie utérine constitue le phénomène initial.

Il est difficile de donner dans ces cas une explication satisfaisante de la mort primitive du fœtus. Peut-être se produit-il quelque chose de semblable à ce qui se passe dans l'allaitement, pendant lequel on voit quelquefois l'enfant ressentir une influence fâcheuse à la suite d'émotions morales vives de la nourrice ? La provocation directe des contractions utérines est plus facile à comprendre, ces contractions étant jusqu'à un certain point sous la dépendance du système nerveux.

Quant aux hémorrhagies utérines, MM. Tarnier et Budin (1) les interprètent de la façon suivante : « Les émotions morales provoquent des troubles circulatoires ; nous pourrions citer, par exemple, les rougeurs subites du visage chez les jeunes filles, ou plutôt les perturbations de l'écoulement menstruel sous une influence morale, écoulement qui, tantôt apparait, tantôt disparait. Si on applique ce molimen congestif aux femmes enceintes, on comprend l'hémorrhagie et l'avortement à la suite des émotions morales ».

(1) *Traité de l'art des accouchements*, t. II, p. 477.

Schmidtmann (1), Mauriceau (2), Campbell (3) ont rapporté des observations dans lesquelles cette cause a occasionné l'avortement dans plusieurs grossesses successives.

3° MALADIES GÉNÉRALES. — *Intoxication saturnine.* — C'est M. Constantin Paul (4), qui le premier a démontré la prédisposition aux avortements des femmes soumises à l'influence du plomb. Cette prédisposition paraît être la conséquence surtout de la mort intra-utérine du fœtus, qui a été fréquemment observée dans ces conditions.

Il a relaté un grand nombre d'observations qu'il a divisées en plusieurs catégories.

1° Dans la 1re, il montre que chez des femmes qui ont eu des accidents saturnins plus ou moins sérieux, les grossesses sont loin d'avoir suivi une marche naturelle.

Trois femmes ont eu, l'une sur 6 grossesses, 5 fausses couches et un accouchement d'un mort-né ; une autre sur 6 grossesses, 4 avortements ; et une troisième sur 12 grossesse 12 fausses couches.

2° Dans une 2e série, il relate l'histoire de femmes ayant eu des couches heureuses avant de s'exposer à l'influence du plomb, et qui depuis ont vu le produit de leurs conceptions en subir les atteintes.

6 femmes avaient eu 10 accouchements à terme avant de s'exposer à l'intoxication saturnine. Elles ont eu à la suite de cette intoxication sur 43 grossesses, 32 avortements et un accouchement prématuré. Chez deux d'entre elles, il y a eu 8 fausses couches successives.

3° Dans un 3e groupe, une femme exposée à l'intoxication saturnine a 5 avortements sur 5 grossesses. Elle quitte son état, et un enfant bien portant vient au monde.

4° Une 4e série comprend les cas des femmes ayant des grossesses heureuses lorsqu'elles ne s'exposent plus à l'in-

(1) *Summa obs. med.*, t. III, p. 73.

(2) *Mal. des femmes*, obs. 237.

(3) GOUBERT. *Loc. cit.*, p. 20.

(4) *Arch. gén. de méd.*, 5e série, 1860, t. I, p. 513 et Thèse. Paris, 1861.

fluence du plomb et ayant avorté de nouveau lorsqu'elles reprenaient plus tard leurs travaux.

5° Enfin il démontre que le plomb peut provoquer des avortements alors que la femme n'a pas d'autre accident saturnin que le liseré plombique. Mais, dans ces cas, le résultat est moins défavorable pour le fœtus, les avortements sont plus rares.

En déduisant de la statistique dressée par M. Constantin Paul, les cas où l'intoxication du père a eu une influence sur la marche de la grossesse, on trouve 71 avortements et 4 accouchements prématurés sur 109 grossesses de 20 femmes atteintes d'accidents saturnins. Treize de ces femmes ont eu des avortements répétés.

Intoxication mercurielle. — De même que l'intoxication saturnine, l'intoxication hydrargirique peut provoquer des avortements. A l'appui de cette opinion, deux ordres de faits ont été invoqués : 1° les observations de femmes exposées par leurs professions à l'absorption de ce métal ; 2° l'influence du mercure administré dans un but thérapeutique.

1re *catégorie de faits.* — D'après le Dr Keller (1), dans les fabriques de glaces de Friedrichal, la fréquence des avortements chez les femmes employées aux travaux de l'étamage a décidé l'administration à ne plus employer de femmes mariées.

Le Dr Lizé (2), dans un mémoire traitant de l'influence de l'intoxication mercurielle lente (travaux de chapellerie) sur le produit de la conception, relate plusieurs observations qui montrent que l'intoxication des deux parents ou de la mère seule peut produire des avortements successifs.

Le Dr Bousquet (3) rapporte que chez une femme travaillant à l'étamage des glaces et ayant avorté sans cause appré-

(1) *Annales d'hygiène publique*, 2e série, t. XVI, 1861, p. 216.

(2) *Journ. de chimie méd.*, 4e série, t. VIII, août 1862.

(3) *Des causes de l'avortement.* Th. Paris, 1872.

ciable dans le service de M. Depaul, on a retrouvé des traces de mercure dans le placenta.

Tous ces faits démontrent que certaines professions exposant à l'absorption prolongée du mercure peuvent être une cause d'avortement et même d'avortements répétés.

2° *catégorie de faits.* — Les anciens, à quelques rares exceptions près, étaient d'avis de ne pas traiter la syphilis pendant la grossesse, attribuant au mercure une action abortive. Cette opinion semblait confirmée par les observations de Colson (1) qui admet que le mercure absorbé par la mère peut être une cause d'avortement, soit en tuant le fœtus, soit en favorisant les contractions utérines. Mais depuis ces travaux, nombre de femmes syphilitiques ont été traitées pendant la grossesse par le mercure sous toutes ses formes, et la conclusion qui se dégage des observations faites sur ces malades est que le mercure *administré d'une façon rationnelle*, loin d'avoir une influence fâcheuse sur la marche de la grossesse, est au contraire le meilleur remède pour prévenir l'avortement chez les syphilitiques.

Les travaux de Bertin, de Benjamin Bell, de Ricord, Fallot, Devilliers, Diday, Rollet, Jacquemier, Fournier (2), ne laissent plus aucun doute à ce point de vue.

Mais il n'en est pas moins vrai que si le mercure est administré sans précautions, des accidents peuvent survenir, et l'avortement avoir lieu. Nous ne saurions mieux résumer l'état actuel de la science sur ce point qu'en reproduisant les propositions suivantes formulées par M. le professeur Fournier.

« 1° Le mercure n'empêche pas toujours l'avortement de se produire chez les femmes syphilitiques ; mais rien ne démontre qu'il y contribue jamais, alors du moins qu'il est *administré à doses thérapeutiques*, non excessives, non toxiques.

(1) *Arch. de méd.*, 1828, 1re série, t. XVIII, p. 24.

(2) *Syphilis et mariage.* Paris, 1880.

2° D'une façon très évidente, il réussit souvent à prévenir l'avortement, à prolonger la grossesse, à la conduire jusqu'à son terme normal. »

Intoxication par le sulfure de carbone. — Cette intoxication que l'on a l'occasion d'observer dans l'industrie du caoutchouc a été bien étudiée dans ses rapports avec les fonctions de la génération par M. Delpech (1).

Chez les femmes employées dans cette industrie, les règles sont très abondantes. Lorsque la conception a lieu, presque toujours l'avortement se produit dans les premiers mois. Delpech se demande, sans pouvoir répondre à la question, s'il y a là l'effet d'une simple stimulation congestive des organes de la génération, ou un véritable empoisonnement, comme on l'observe dans les intoxications alcoolique et saturnine.

Intoxication par le tabac. — On a prétendu que les ouvrières employées dans les manufactures de tabac sont exposées par leur profession aux avortements. M. Bousquet (2) raconte qu'en 1870, l'administration des tabacs dut changer une partie de son personnnel et qu'il survint une véritable épidémie de fausses couches chez les nouvelles ouvrières, à peine au bout de huit jours de séjour dans la manufacture. « Plusieurs, dont les préparations opiacées arrêtèrent le travail, retournèrent à l'atelier et éprouvèrent plusieurs fois les mêmes symptômes; mais bientôt la tolérance finit par s'établir, et la grossesse put, dans quelques cas, continuer son cours. »

Bousquet attribue les fausses couches soit à l'intoxication du fœtus, soit à des troubles de la circulation utéro-placentaire.

Kostial (3) a remarqué que les ouvrières de la fabrique de cigares d'Yglau sont sujettes aux avortements, et que les enfants nés à terme sont chétifs, et vivent rarement. Decaisne,

---

(1) *Industrie du caoutchouc soufflé*, 1863.

(2) *Loc. cit.*

(3) *Annales d'hygiène publique*, 1871, 2e série, t. XXXVI.

Brochard, Dalaunay, Goyard, etc. (1) admettent les mêmes conclusions. Jacquemart (2) sur 100 cas de grossesse observés chez les ouvrières des manufactures de tabac, a constaté 45 avortements ou accouchements prématurés.

Mais à côté des opinions que nous venons de citer, il en existe d'autres complètement opposées. Le Dr Piasecki n'a noté sur 188 femmes mariées que 47 avortements pour 376 accouchements à terme. Le Dr Ygonin, sur 190 femmes mariées, employées à la manufacture de Lyon, n'a observé des avortements que chez 17 d'entre elles. La statistique dressée à la manufacture des tabacs de Nancy et que M. le Dr Valentin, médecin de cette manufacture, a bien voulu nous communiquer, montre que de 1881 à 1888 il n'y a eu que 41 avortements sur 707 grossesses.

La question de l'influence du tabac sur la provocation de l'avortement n'est donc pas encore complètement résolue, et de nouvelles observations sont nécessaires pour élucider ce sujet. Quoi qu'il en soit, des observateurs consciencieux ont noté la fréquence des avortements, et, en attendant des faits nouveaux, l'attention de l'hygiéniste doit être dirigée sur cette conséquence possible de l'intoxication par le tabac.

Alcoolisme. — M. Lancereaux (3) dit avoir été frappé plusieurs fois de la fréquence des avortements chez les femmes adonnées à l'ivrognerie. Il cite l'opinion de Joseph Franck qui croit que l'abus du vin par les femmes est une des causes principales de l'avortement, des fâcheux accidents de la parturition qu'il est si commun d'observer dans les pays de vignobles.

On a noté chez les alcooliques des métrorrhagies répétées et plus tard, un arrêt définitif de la fonction menstruelle. Cette disposition aux hémorrhagies utérines est probablement un des facteurs de la provocation des avortements.

---

(1) *Revue d'hygiène*, t. II, 1880.

(2) *Revue d'hygiène*, t. II, 1880.

(3) *Dic. des sc. méd.*, Alcoolisme.

Syphilis maternelle. — En parcourant les observations d'avortements à répétition dus à la syphilis, on remarque qu'au point de vue de l'influence de cette maladie sur la grossesse, on peut considérer trois cas : 1° Ou bien le père est seul atteint de cette affection ; 2° ou bien la mère est seule malade ; 3° ou enfin les parents sont tous deux syphilitiques. Nous n'avons pas à nous occuper ici du premier cas qui trouvera sa place dans une autre partie de ce travail. Nous devrions même n'étudier actuellement que l'influence de la syphilis maternelle, à l'exclusion de la maladie du père ; mais dans la pratique, il est assez rare que la mère soit seule malade ; le plus souvent, elle a été contaminée par son mari.

Parmi toutes les causes d'avortement à répétition, la syphilis maternelle est celle qui a l'influence la plus considérable sur l'interruption répétée de la grossesse. Le grand nombre d'observations rapportées par les auteurs ne laisse aucun doute à ce sujet. Il y a peu de praticiens qui, dans leur carrière, n'aient l'occasion de rencontrer des cas de fausses couches répétées dues à cette cause. Nous signalerons le suivant que nous avons observé récemment.

OBS. (PERSONNELLE). — Mme S..., 38 ans, épouse en 1873, un homme qui avait contracté la syphilis en Afrique un an auparavant et n'avait suivi qu'un traitement insignifiant. Il contamina sa femme qui était d'une excellente constitution. Mme S... ne suivit aucun traitement antisyphilitique.

1re grossesse en 1874. Accouchement à 7 mois d'un garçon mort-né.
2e — — 1875 terminée à 6 mois.
3e — — 1876 — — 6 —
4e — — 1877 — — 6 —
5e — — 1878 — — 6 —
6e — — 1879 Accouchement à terme d'un garçon qui mourut à 5 mois de bronchopneumonie.

7e grossesse en 1880. Accouchement à 8 mois d'un enfant mort-né.

Devenue veuve, Mme S... se remarie avec un homme sain et devient enceinte en 1889. Au commencement du 8e mois, hémorrhagie utérine due à un placenta prævia. Je fais le tamponnement.

On n'entend pas de battements du cœur du fœtus. Expulsion d'un fœtus macéré. Guérison de la mère.

Les statistiques indiquant la *fréquence des avortements* dus à la syphilis maternelle peuvent jusqu'à un certain point montrer l'influence de cette affection sur les avortements à répétition. M. Fournier (1) a vu 13 femmes syphilitiques mariées à des hommes sains et qui, sur 28 grossesses ont eu 9 avortements, soit 32 0/0. Le même auteur, sur 500 ménages syphilitiques, dont sont issues 1,127 grossesses, a trouvé 230 avortements, soit 20,04 0/0. La proportion d'avortements ou d'accouchements prématurés chez les femmes syphilitiques indiquée par Diday, est de 11/18; Stoltz, 2/3; Kassowitz, 47 0/0; Whitehead, 45 0/0; Blaise, 36,8 0/0 (2). M. Charpentier (3) réunissant les statistiques de Dunal, de Fournier, Le Pileur, Fouberg et Siegmund, Weber, Coffin, arrive à cette conclusion : sur un total de 657 femmes syphilitiques, il y a eu 426 accouchements à terme et 231 avortements, soit 28,4 0/0. Ces chiffres indiquent la fréquence des avortements d'une façon générale. Mais différents facteurs peuvent faire varier l'influence de la syphilis sur la marche des grossesses successives. Ces facteurs sont : l'intensité de la maladie, l'âge de la syphilis et le traitement mis en usage. Examinons brièvement le rôle joué par chacun d'eux.

Dans la majorité des cas, il n'existe pas de rapport entre l'*intensité de la syphilis* et les conséquences de cette affection sur la marche des grossesses. Des exemples nombreux montrent en effet que la syphilis légère peut causer des fausses couches répétées (4). D'après M. Fournier, 19 fois sur 20 en moyenne, c'est cette syphilis légère qui, peu traitée, se traduit plus tard par les avortements. Cependant, l'intensité de la maladie est *dans quelques cas* en rapport avec sa gra-

---

(1) *Bulletin médical*, 1889, p. 694.

(2) Thèse d'agrégation, Paris, 1883, p. 84.

(3) *Traité pratique des accouchements*, 1re édition, t. I, p. 597.

(4) M. FOURNIER. *Bulletin médical*, 1889, p. 821.

vité comme conséquences héréditaires et la syphilis expose alors la femme à des avortements pendant un temps d'autant plus long que cette affection est plus grave.

Si l'intensité de la syphilis n'est pas généralement en rapport avec les accidents de la grossesse, il n'en est pas de même le plus souvent de l'*âge de cette maladie*. A mesure que celle-ci vieillit, son action sur la grossesse diminue. « Le temps, dit Fournier, use, atténue l'influence hérédo-syphilitique, et peut finir par l'annuler. » C'est ainsi qu'on voit des femmes, qui même n'ont subi aucun traitement, expulser successivement des fœtus à des époques de plus en plus éloignées du début de la gestation, puis accoucher enfin au terme normal de la grossesse. C'est ainsi que ces femmes qui n'avaient eu que des enfants morts parviennent au bout d'un certain nombre d'années à expulser des enfants vivants et même sains. On comprend que pour la même raison, une syphilitique devenue enceinte pour la première fois longtemps après le début de sa maladie, puisse mener toutes ses grossesses jusqu'à terme. Dans l'observation suivante de Mireur (1), cette influence de l'âge de la syphilis est nettement accusée.

Obs. — Un jeune maçon contracte la syphilis et se marie au début de la période secondaire. Il contagionne aussitôt sa femme. Surviennent 8 grossesses, dont les résultats se déroulent suivant l'impulsion propre de la maladie, ledit maçon et sa femme restant vierges de tout traitement. Or ces 8 grossesses se terminent de la façon que voici :

1re grossesse. Avortement au 5e mois.

2e — — 7e mois.

3e — Accouchement avant terme. Enfant mort.

4e et 5e grossesses. Enfants vivants, mais syphilitiques, mourant le 1er à 30 jours, le 2e à 45 jours.

6e, 7e et 8e grossesses. Enfants vivants et sains.

C'est pendant les trois premières années de la maladie que

(1) M. Fournier. *Bulletin médical*, 1889, p. 772.

les avortements sont surtout à craindre, et parmi ces trois années, c'est la première qui est particulièrement dangereuse. « C'est, à proprement parler, l'année terrible » (Fournier). M. Fournier a vu 90 femmes ayant été rendues syphilitiques par leurs maris et qui sont devenues enceintes pendant la première année de leur maladie; sur ces 90 grossesses, 50 se sont terminées par avortement ou expulsion d'enfants mort-nés. Après la troisième année, l'influence de la maladie est en général moins considérable et continue à décroître. Mais jusqu'à quelle époque la syphilis est-elle dangereuse pour la grossesse? Au bout de combien d'années son influence cesse-t-elle de se produire? Il est impossible de répondre d'une façon précise à cette question. D'après Kassowitz (1), la durée de la contagiosité est de 5 à 8 ans, parfois de 11 à 12 ans. M. Fournier a vu l'influence héréditaire se produire 15 et 16 ans après l'infection première. Henoch a encore vu au bout de 20 ans l'influence de la syphilis sur le fœtus. Mais ces derniers chiffres appartiennent à des faits relativement rares, qui ne se produisent qu'exceptionnellement si la syphilis, outre l'influence du temps, a subi celle du traitement.

Le *traitement spécifique* diminue en effet et même supprime la tendance aux avortements. Grâce à lui, des femmes syphilitiques, ayant fait plusieurs fausses couches, peuvent amener à terme des enfants vivants et sains. Les exemples suivants démontrent ce fait.

Obs. (2). — Une femme syphilitique se marie avec un homme sain. Elle a, en 1885, un enfant syphilitique, lequel meurt à 3 mois. Elle redevient enceinte en 1886. Elle est traitée énergiquement, et elle accouche d'un enfant sain, superbe.

Obs. (3). — Une femme contracte la syphilis. Depuis lors, elle a fait 8 fausses couches, sans pouvoir amener aucun enfant à terme.

---

(1) *Die Vererbung der Syphilis*. Vienne, 1876.

(2) Fournier. *Bulletin méd.*, 1889, p. 819.

(3) Notta, in Fournier. *Syphilis et mariage*, 1880, p. 134.

Elle se soumet à un traitement mercuriel prolongé, devient de nouveau enceinte et accouche d'un enfant à terme, bien portant, lequel est aujourd'hui âgé de cinq ans et n'a jamais eu la moindre trace de syphilis.

Si le temps et le traitement modifient en général l'influence de la syphilis sur la grossesse, il y a cependant des cas où ces deux facteurs ne jouent aucun rôle. Mais ajoutons que ces faits constituent des exceptions rares.

Lorsque la syphilis produit des avortements à répétition, la *cause* de ces accidents semble résider le plus souvent dans la mort du fœtus. Celui-ci périt en effet fréquemment dans le sein maternel et cette mort peut se produire par différents mécanismes :

1° La syphilis est transmise au fœtus, chez lequel elle détermine des lésions graves, telles que péritonite, lésions du poumon, du foie, etc., qui suffisent à expliquer sa mort.

2° En l'absence de maladie des organes fœtaux, on peut admettre que le trouble de la nutrition engendré par l'altération du sang maternel est capable de tuer le fœtus.

3° Les altérations du placenta qu'on rencontre si souvent dans la syphilis sont des causes de la mort du fœtus, en supprimant plus ou moins ses fonctions respiratoire et nutritive.

4° La mort du fœtus peut encore être déterminée par des rétrécissements des vaisseaux du cordon qui ont été notés dans la syphilis par Aedmanson, Léopold.

Dans quelques cas, l'avortement peut être produit par la syphilis autrement que par la mort du fœtus. Ainsi l'hydramnios qu'on rencontre quelquefois dans la vérole peut par elle-même être une cause d'avortement.

Scrofule. — Lugol (1) et Bourgeois (2) ont montré que la scrofule peut être une cause d'avortement. D'après le premier de ces auteurs, l'avortement peut ne pas survenir si la

---

(1) *Rech. et obs. sur les causes de la maladie scrofuleuse.* Paris, 1843.

(2) *Mém. de l'Acad. de méd.*, t. XXV, 1861, p. 363.

mère scrofuleuse a été fécondée par un homme sain ; au contraire lorsque les deux parents sont malades, l'avortement serait presque inévitable.

Bourgeois a observé 52 femmes atteintes de scrofule légère ou grave pendant la jeunesse ou pendant la grossesse, mariées à des hommes paraissant sains. Parmi ces femmes, 12, soit à peu près le quart, ont avorté, et ont eu ensemble 37 avortements, c'est-à-dire que quelques-unes ont eu des avortements répétés (1).

Fièvre intermittente. — Les travaux de Goth, de Pasquali et de Bonfils, montrent que si la grossesse chez les femmes atteintes de fièvre intermittente se termine souvent par un accouchement prématuré, l'avortement est au contraire assez rare. Goth (2) sur 46 femmes a noté 27 accouchements à terme, 14 accouchements prématurés et seulement 5 avortements.

Le Dr Bonfils (3) a recueilli 105 observations d'impaludisme pendant la grossesse, parmi lesquelles il n'a trouvé que 12 avortements pour 61 accouchements prématurés. Cette rareté relative de l'avortement nous explique pourquoi nous n'avons pu réunir que deux observations d'avortements à répétition dus à l'impaludisme ; ce sont celles de Pasquali (4) et de Krieger (5).

On a expliqué de différentes façons l'action de l'impaludisme, sur l'interruption de la grossesse. Les principales causes qui ont été invoquées sont : l'anémie de la mère, l'hyperthermie et l'infection du fœtus.

Nous ne dirons rien ici du mode d'action de l'anémie que nous étudierons plus loin. L'hyperthermie, ainsi que cela

---

(1) Des observations d'avortement à répétition ont été également rapportées par Garimond (*loc. cit.*, p. 94.), Lugol (*loc. cit.*, p. 257), Musche. *Journ. de Bruxelles*, 1852).

(2) *Zeitschrift f. Geb.*, t. VI, 1881, p. 17.

(3) Thèse Paris, 1885.

(4) In thèse Bonfils, p. 130, obs. LXXXI.

(5) *Arch. de tocologie*, 1884, p. 189.

est généralement admis, peut provoquer des contractions utérines ou faire mourir le fœtus Ajoutons que le frisson qui précède les accès de fièvre s'accompagne de congestions dans la cavité abdominale, de congestions dans l'utérus, qui sont quelquefois capables de déterminer le décollement du placenta et l'expulsion du fœtus.

Bonfils a réuni 13 observations de nouveau-nés qui, aussitôt après la naissance, alors qu'ils n'avaient pas eu le temps d'être soumis à l'influence palustre des pays dans lesquels ils étaient nés, présentèrent des signes de fièvre intermittente. D'autre part les observations de Guiraud, de Schuring, de Steiner semblent démontrer la possibilité de l'impaludisme intra-utérin. On peut donc admettre que la mort du fœtus est quelquefois la conséquence de son infection intra-utérine.

4° Troubles du système nerveux. — *Chorée.* — Les avortements à répétition occasionnés par la chorée sont excessivement rares. On comprend cependant que des fausses couches répétées puissent être dues à cette affection. La grossesse compliquée de chorée se termine en effet souvent par l'avortement. Mosler sur 21 cas, cite 4 avortements; Barnes (1) sur 57 cas a trouvé 10 fausses couches. D'autre part, il n'est pas rare de voir la chorée se reproduire lors de plusieurs grossesses successives. Barnes dit même que, lorsque la chorée s'est montrée pendant la première grossesse, elle se produira probablement lors des grossesses ultérieures.

On voit donc que les deux facteurs nécessaires à la production des avortements répétés existent dans la chorée : 1° influence de cette affection sur l'interruption de la grossesse; 2° existence de la chorée pendant plusieurs gestations.

5° Affections de la peau. — *Prurit.* — Le prurit vulvaire ou généralisé constitue une des causes les plus rares de

(1) *Obst. Transact.*, 1869.

l'avortement à répétition. Il peut se manifester dans plusieurs grossesses successives, et par suite de la surexcitation nerveuse qu'il produit, déterminer chaque fois l'interruption de la grossesse, ainsi que le démontrent les observations de Maslieurat Lagemart, et d'Evans (1). (*A suivre.*)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DES FIBROMES UTÉRINS PAR LES COURANTS D'INDUCTION

Par **E. Reymond** et **Mally**.

Les observations qui suivent, recueillies dans le service de notre maître le Dr Terrier, sont celles de malades atteintes de fibromes utérins et traitées par l'électricité. Désirant surtout nous mettre à l'abri des eschares intra-utérines (phénomènes de chimi-caustie dus au passage d'un courant continu), qui s'éliminent fatalement par suppuration, nous avons résolu de nous servir exclusivement de courants induits. Il n'entre pas dans notre esprit de faire ici une comparaison entre les deux méthodes, mais les résultats obtenus dans le peu d'observations que nous avons pu recueillir, nous paraissent assez intéressants et assez heureux pour les indiquer et nous permettre d'appliquer le procédé sur un plus grand nombre de sujets.

La technique opératoire est simple : Un chariot de Dubois-Reymond est actionné par un couple de piles au chlorure de zinc. Des deux électrodes, l'indifférente est représentée par une plaque métallique recouverte d'une peau de chamois humide, la différente par une sonde utérine dont l'extrémité, longue de 3 centim., est seule conductrice, le reste est isolé par un manchon de celluloïde.

C'était là du moins l'excitateur dont on se servait au début; avant que d'être mis en place, il était pendant 5 minutes

(1) Goubert. *Loc. cit.*, p. 70 et 71.

plongé dans de l'eau en ébullition; mais d'une part l'ébullition abîmait rapidement le manchon isolant, d'autre part la température à laquelle il était soumis n'offrait qu'une insuffisante garantie, étant donné surtout que l'électrisation était continuée pour chaque femme pendant la période des règles et que les plus grandes précautions aseptiques étaient dès lors nécessaires; aussi a-t-on substitué à cette électrode un excitateur dans lequel le manchon isolant est représenté par un tube de caoutchouc pouvant s'enlever et être changé chaque fois. De cette façon, il est possible de placer la partie métallique dans une étuve sèche à haute température et de la revêtir au moment de s'en servir de son manchon isolant; celui-ci, stérilisé à part dans une étuve à 100°, est conservé dans des tubes de verre comme on le ferait pour une sonde en gomme ordinaire.

Chaque malade subit 3 séances par semaine, chaque séance dure de 5 à 10 minutes au plus. Entre chaque séance les malades prennent des injections au sublimé. La femme étant couchée, on place le spéculum et on introduit la sonde utérine dans l'utérus. Il est important de pénétrer dans la cavité même de l'organe, les applications au niveau du col peuvent être douloureuses et être suivies de coliques utérines. Le cathétérisme doit être fait avec la plus grande douceur, il est généralement des plus simples, la sonde étant de très petit calibre (2 millimètres de diamètre) et la malléabilité de la tige lui permettant de prendre la courbure que l'on veut. Si malgré tout le cathétérisme offre quelque difficulté, on introduit une laminaire très fine qu'on laisse à demeure jusqu'à la séance suivante et qu'on maintient en place par un tamponnement vaginal.

L'électrode utérine est reliée au pôle négatif de l'appareil si on s'adresse à l'élément métrorrhagie, à la borne positive si la malade se plaint surtout de phénomènes douloureux. Le rapprochement des bobines doit être arrêté lorsque les muscles abdominaux entrent en contraction; dans ces conditions l'application n'est jamais douloureuse; elle ne doit

pas être prolongée au delà de 5 minutes dans le cas de métrorrhagies, ni de 10 minutes dans le cas de fibromes douloureux sans pertes de sang.

Tel est le procédé; nous avons commencé à l'appliquer sur sept malades dont les observations suivent.

Observation I. — Elisa B..., âgée de 42 ans, est fille de salle à l'hôpital Bichat; elle n'a eu qu'une seule couche il y a 22 ans; les premiers accidents dus au fibrome remontent à deux ans et demi environ.

L'évolution du fibrome est intéressante chez cette malade par deux caractères bien accentués; l'abondance énorme des pertes de sang, l'augmentation rapide de la tumeur.

Les pertes de sang ont commencé il y a deux ans; elles n'ont fait que croître depuis cette époque; depuis 6 mois la malade ne cessait de perdre un seul jour; depuis trois mois elle était obligée de garder le lit un jour sur trois environ; ces hémorrhagies avaient amené chez elle un profond état anémique et un amaigrissement notable.

Indiquons, comme accompagnant ce symptôme capital, des douleurs vives, une constipation opiniâtre, de l'œdème des jambes, une élévation de température allant jusqu'à 39°,5, qui se produisait chaque mois pendant deux ou trois jours.

Quant à l'examen physique, il indique l'existence d'une masse énorme remontant à 17 cent. au-dessus du pubis, d'une forme régulière. A droite, un petit fibrome sous-péritonéal glisse sur la masse principale et paraît spécialement douloureux; la malade affirme qu'elle avait le ventre plat il y deux ans; ce que nous avons pu constater, c'est que depuis six mois le fibrome a considérablement augmenté.

L'hystéromètre pénètre de 13 cent. dans la cavité utérine.

Le 22 juillet, on pratique la première électrisation; à la suite de cette séance la malade est prise d'un accès de fièvre (39°,5) qui fait suspendre le traitement pendant quatre jours; la suite montra que cette date correspondait à l'époque normale des règles : ce léger incident eût été évité si le traitement eût commencé de suite après une période menstruelle; de cette façon la faradisation eût eu le temps d'agir pendant trois semaines avant la période mens-

truelle suivante et l'électrisation pendant les règles n'eût eu, dès le début, aucun inconvénient.

Quoi qu'il en soit, les hémorrhagies cessaient complètement quinze jours après, les douleurs diminuaient ainsi que la constipation, et la malade déclarait ne s'être jamais aussi bien trouvée depuis deux ans.

Le 22 août, les règles revenaient et duraient six jours pendant lesquels l'électrisation était régulièremeut continuée sans inconvénients.

Le mois suivant, les règles ne duraient que quatre jours; de même pour les mois d'octobre, de novembre, de décembre.

A partir du 1er janvier, le traitement est suspendu; depuis ce moment, les douleurs et les pertes n'ont pas reparu, mais les règles sont venues en plus grande abondance et ont duré trois jours de plus que les mois précédents.

2 mai. Même état, les règles sont toujours un peu abondantes, mais tendent à diminuer.

Observation II. — Mme V... est âgée de 55 ans, elle n'a pas eu d'enfants ni fait de fausses couches. Depuis dix ans, elle a, à des époques du mois variables, d'abondantes pertes qui tendraient plutôt à augmenter qu'à diminuer depuis quelques années. Elle souffre de vives douleurs exaspérées par toute fatigue et provoquant parfois des crises d'hystérie. Elle se plaint d'une opiniâtre constipation et a souvent de l'œdème malléolaire. Au palper, on trouve l'utérus régulièrement augmenté de volume; l'hystéromètre indique une profondeur de 16 centim.

La première séance a lieu le 20 juillet; à la fin de la séance, la malade a une crise d'hystérie due peut-être à ce que l'extrémité de l'électrode était placée dans le col, l'isthme n'ayant pas été franchi; l'emploi des laminaires empêcha cette faute d'être commise par la suite : en tout cas les crises d'hystérie ne se produisirent plus.

Le 14 août, la malade a ses règles qui ont l'abondance et la durée ordinaires, mais elle accuse un mieux sensible du côté des douleurs.

Le mois suivant les règles sont en retard de trois jours, et ne durent que 48 heures, les douleurs ont presque disparu.

Enfin le troisième mois les règles n'ont été indiquées que par quelques gouttes de sang: la constipation a disparu. Les douleurs

sont nulles quand la malade ne se fatigue pas; elles réapparaissent à la suite d'efforts violents; quand la malade marche, elle ne sent plus le ballottement douloureux dont elle se plaignait. Le traitement est suspendu pendant deux mois.

Le 15 janvier l'état de la malade est resté assez satisfaisant pour qu'elle cesse complètement le traitement électrique.

La malade revint le 2 mai, nous dit que son état est très satisfaisant sauf quelques douleurs de temps à autre, mais qui ne l'empêchent pas de vaquer à ses occupations.

Observation III. — Mme B... est âgée de 40 ans; elle a eu deux enfants, le dernier il y a 16 ans ; bien réglée encore il y a 4 ans, elle vit à cette époque ses règles devenir fréquentes et irrégulières, en même temps que se faisaient sentir de vives douleurs.

On lui a inutilement fait des pointes de feu, posé des sangsues; elle a subi sept séances de courants continus à haute intensité chez le docteur Apostoli; mais ce traitement n'ayant produit chez elle qu'une exaspération des douleurs, elle l'aurait abandonné d'après le conseil même de M. Apostoli.

La masse fibreuse est située à gauche et en arrière, l'utérus à 11 centim. de profondeur; les pertes de sang ne sont pas assez abondantes pour créer un danger sérieux : il existe d'abondantes pertes blanches.

En somme, la douleur est ici le caractère important; cette douleur est continuelle, horrible par moments, rendant à la malade l'existence insupportable.

La première séance a lieu le 21 août; elle dure 5 minutes pour commencer; étant donné que c'est à l'élément douleur qu'on s'adresse plus spécialement chez elle, c'est le pôle positif qu'on place dans l'utérus.

Le 21 septembre, un mois après, les douleurs étaient diminuées, les pertes de sang ne s'étaient pas montrées en dehors des règles qui n'avaient duré qu'un jour ; la malade pouvait faire son ménage sans souffrance vive, ce qui depuis longtemps ne lui était arrivé.

Le 22 octobre, le mieux a fait du progrès, la malade s'est livrée ces jours derniers à de grandes fatigues et se montre toute étonnée de n'avoir ressenti aucune douleur.

Le 25 novembre, la malade cesse de venir sur notre conseil. Elle revient le 9 décembre nous dire que son état continue à être satisfaisant.

Observation IV. (Due à l'obligeance de notre regretté ami Louis). — Mme Coralie B... est âgée de 34 ans; elle est l'aînée de 7 enfants, tous vivants; elle-même n'est pas mariée et n'a pas eu d'enfants. Elle habite Paris depuis quelques mois et a été successivement brodeuse, domestique, actuellement femme de ménage. Il y a quatre ans, la malade a eu de violentes douleurs dans la fosse iliaque droite, élancements; elle a dû prendre quelques jours le lit.

Au commencement de novembre dernier, les mêmes douleurs sont survenues, mais accompagnées cette fois d'abondantes pertes de sang.

Elle entre dans un service de médecine, à l'hôpital Bichat; au bout de 3 semaines de repos ses douleurs avaient diminué, mais les pertes de sang étaient aussi abondantes; elle passe alors dans le service de chirurgie.

Le palper indique une augmentation du volume de l'utérus; le toucher dénonce l'existence d'une salpingite double et d'un fibrome faisant saillie dans le cul-de-sac postérieur; ce fibrome est mieux senti encore par le toucher rectal qui permet d'en découvrir plusieurs autres sur la face postérieure de l'organe.

Le 10 décembre, la malade est électrisée pour la première fois; le pôle négatif est placé dans l'utérus; le 12, les pertes ont beaucoup diminué; le 16, elles ont complètement cessé; la malade se plaint toujours de légères douleurs dans le bassin, on continue le traitement pendant trois semaines; il est supprimé à ce moment, et la malade qui a été revue depuis lors, se porte bien, ne souffrant plus et ne perdant plus de sang. Le 2 mai, la malade revue nous dit ne plus souffrir et ne plus perdre de sang. Les règles sont régulières.

Observation V. — Mme B..., âgée de 24 ans, n'a jamais eu d'enfants et était bien réglée ordinairement. Il y a 3 mois s'est produite une hémorrhagie qui dure 15 jours et pendant laquelle sont très vives les douleurs de la malade; les règles des mois suivants sont augmentées de durée et de nouvelles hémorrhagies se montrent entre les périodes menstruelles. Les douleurs ne cessent plus. Le toucher indique dans le cul-de-sac postérieur une petite masse dure, faisant corps avec l'utérus; l'hystéromètre donne une profondeur de 8 centim 1/2.

Le 24 octobre a lieu la première séance qui dure cinq minutes, le pôle négatif étant dans l'utérus.

Au moment de la deuxième séance, les pertes ont déjà beaucoup diminué; à partir de la troisième, les pertes ont presque disparu ainsi que les douleurs.

Le traitement continue jusqu'au 16 novembre ; à ce moment, l'état de la malade est excellent et elle demande à cesser le traitement. Le 2 mai, nous revoyons la malade qui nous dit s'être très bien portée depuis la cessation du traitement. Pas de métrorrhagie ni de douleurs.

Observation VI. — Mme R... est âgée de 35 ans ; elle a eu deux grossesses, l'une il y a 15 ans, l'autre il y a 4 ans.

Les règles régulières autrefois, sont devenues depuis quelques mois abondantes et douloureuses ; elles se reproduisent tous les vingt jours.

Le toucher indique dans le cul-de-sac postérieur une petite masse très dure, grosse comme une noix paraissant faire saillie sur la face postérieure de l'utérus ; l'hystéromètre donne 10 centim. de profondeur.

Le traitement est commencé à la fin d'octobre ; le 10 novembre l'amélioration qui se produit est notable ; les règles n'ont ce mois-ci qu'une durée de cinq jours et les douleurs ont presque disparu

L'électrisation est suspendue le 17 décembre.

Le 2 janvier la malade revient à la consultation comme on l'en avait priée ; elle ne souffre plus ; les règles qui sont survenues depuis qu'on ne l'a vue ont duré six jours ; leur abondance était normale.

Observation VII. — Mme T..., âgée de 42 ans, n'a jamais eu d'enfants ; elle avait toujours été bien réglée et bien portante jusqu'au 14 juillet 1889.

Ce jour-là elle fut prise d'hémorrhagies qui durèrent presque sans intermittences jusqu'au mois de mars 1890. A cette époque, les pertes cessent assez brusquement ; elles réapparaissent il y a 6 semaines et n'ont pas cessé depuis ce moment : il existe d'autres douleurs au niveau des reins et fréquemment de l'œdème malléolaire.

La palpation du fond de l'utérus indique une augmentation de

volume, une irrégularité due à de nombreuses bosselures. Dans le cul-de-sac antérieur on sent un noyau gros comme une noix faisant corps avec l'utérus.

La première séance a lieu le 10 octobre, la malade ne perd pas pendant le reste de la journée; mais les pertes recommencent dès le lendemain; après la deuxième séance la suppression des pertes persiste jusqu'à la troisième séance; dès lors elles ne reparaîtront plus. Les douleurs subissent une amélioration progressive.

A la fin d'octobre, la malade se considère comme guérie et demande à ce que le traitement soit suspendu.

Conclusions. — Les malades dont les observations précèdent pourraient être classées en trois catégories: 1° fibromes qui par l'abondance des hémorrhagies créent pour la malade un danger imminent; 2° fibromes très douloureux; 3° fibromes qui par les pertes et les douleurs qu'ils occasionnent constituent une gêne plutôt qu'un danger immédiat.

L'observation I répond au premier de ces trois types; la vie de la malade avait été plusieurs fois mise en danger depuis quelques mois lorsque le traitement électrique fut essayé sur elle; comme on l'a vu, les pertes diminuèrent notablement au bout de quinze jours et ne durèrent plus que 6 jours dès le mois suivant.

Le type de fibrome très douloureux est représenté par l'observation III, dans laquelle on voit les douleurs diminuer assez rapidement et cesser tout à fait au bout de trois mois.

Dans toutes les autres observations, les douleurs et les hémorrhagies créent une gêne plutôt qu'un danger; les résultats obtenus vis-à-vis de ces deux symptômes se sont fait plus ou moins attendre, mais, comme on l'a vu, ont été sérieux dans tous les cas.

Quant à la tumeur elle-même s'est-elle modifiée sous l'influence électrique? Nous n'avons pas voulu nous servir d'autres moyens de mensuration que celui fourni par l'hystéromètre; or la profondeur de l'utérus n'a nullement diminué dans chacun des cas que nous venons de signaler.

L'heureux résultat produit par l'électrisation sur les dou-

leurs et les hémorrhagies sera-t-il définitif? cela est peu probable ; mais ce résultat est du moins assez prolongé puisque nous venons de voir plusieurs malades n'étant plus électrisées depuis un ou deux mois et n'ayant pas à se plaindre à nouveau des hémorrhagies et des douleurs.

DE L'ATROPHIE DES MEMBRES DUE A LA PARALYSIE INFANTILE DANS SES RAPPORTS AVEC LA GROSSESSE

Par le D[r] **V. Baudry** (de Rennes).

Dans le numéro d'août dernier des *Annales de gynécologie*, M. le D[r] Chambrelent (de Toulouse), étudiant au point de vue clinique, l'influence de l'atrophie des membres inférieurs sur la grossesse, a cité au chapitre de la paralysie infantile, six observations représentant dix-sept accouchements. Seize se terminèrent spontanément, un seul nécessita l'intervention, et ce fut l'opération césarienne ; mais, comme le fait remarquer l'auteur lui-même, cette observation due à Kourrer de Leyde laisse beaucoup à désirer comme rédaction, et on peut se demander s'il n'y avait pas là des lésions osseuses d'origine rachitique.

Ce nombre d'observations est certainement très restreint si l'on considère le nombre de boiteuses qui doivent leur claudication à la paralysie atrophique de l'enfance, et nous avons cru qu'il serait intéressant de venir ajouter un autre fait clinique à ceux du mémoire précité, à l'appui de la conclusion qui en ressort si nettement : l'atrophie des membres inférieurs due à la paralysie infantile semble, le plus souvent, ne pas influer sur la marche de la grossesse ni sur l'accouchement.

Observation. — Paralysie infantile ayant déterminé l'atrophie des membres supérieur et inférieur droits. Épilepsie. Grossesse suspendant les crises épileptiques. Accouchement spontané, à terme, d'un enfant bien conformé.

(Observation personnelle recueillie dans le service de M. le Dr Perret, à la Maternité de Rennes.)

La nommée Ruel..., Perrine, âgée de 28 ans, primipare, entre à la Maternité le 7 août 1886, au cours du huitième mois de sa grossesse.

Cette femme, enfant assisté du département de la Seine, ne peut, par suite, fournir aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires.

Personnellement, elle est d'une intelligence très faible, les renseignements que l'on peut recueillir sur elle viennent autant des personnes chez qui elle a été employée que d'elle-même. Elle a marché d'abord, sans préciser à quel âge, puis, au cours de sa troisième année, elle fut atteinte de la maladie qui lui a laissé cette impotence relative du côté droit que l'on remarque dès l'abord.

La santé générale a été bonne jusqu'à l'âge de seize ans auquel remonte la première menstruation ; c'est à cette époque qu'apparurent les crises d'épilepsie dont elle n'a cessé de souffrir, à intervalles plus ou moins rapprochés, que depuis quelques mois ; il est impossible de faire préciser à la malade la date de sa dernière crise. La menstruation a été toujours assez régulière, puis s'est suspendue depuis le mois de décembre dernier.

L'examen physique de la malade nous permet de constater qu'elle est de taille moyenne, la colonne vertébrale n'est pas déviée, le bassin ne semble pas présenter d'asymétrie. Le membre supérieur droit est très sensiblement diminué de volume, tous ses muscles sont atrophiés, il y a une difficulté marquée dans les usages de la main droite; la malade ne sait pas écrire, son inintelligence ne la fait employer qu'aux travaux les plus grossiers de la ferme. Le membre inférieur droit présente une atrophie aussi marquée que le membre supérieur, les muscles de la cuisse et du mollet ont un volume très nettement inférieur à ceux du côté gauche lesquels sont vigoureusement constitués. Elle marche en traînant la jambe, claudication légère.

L'utérus présente, au moment de l'entrée dans le service, le développement de sept mois et demi de grossesse environ. Le palper, l'auscultation et le toucher concordent pour déterminer la position du fœtus en O.I.G.A. La tête est facilement mobilisable.

Du côté des parties molles et des os du bassin, le toucher ne révèle rien, on ne constate ni rétrécissement, ni asymétrie.

Depuis la date de son entrée dans le service jusqu'à celle de l'accouchement, cette femme continue à se bien porter; elle boit, mange, dort bien, prend un exercice modéré et ne présente pas une seule fois un accident quelconque pouvant rappeler l'épilepsie dont elle était atteinte il y a quelques mois.

Le 28 septembre, elle est prise des premières douleurs. Le travail marche régulièrement, les membranes se rompent sans intervention, et le 19 septembre, à onze heures du matin, dix-huit heures après le début du travail, elle accouche spontanément d'un enfant du sexe masculin, à terme.

Le poids de l'enfant est sensiblement au-dessous de la moyenne, bien qu'il n'ait pas été noté; néanmoins, il est bien constitué.

Dès le lendemain, la mère peut mettre l'enfant au sein, il le prend très volontiers. La sécrétion lactée s'établit rapidement, abondante, et l'allaitement est facile.

Le 2 octobre, tout à coup, sans cause appréciable, l'accouchée est prise, dans son lit, d'une attaque convulsive, avec perte de connaissance, secousses musculaires, etc... qui dure plusieurs minutes et dont elle ne conserve pas le souvenir après avoir repris sa connaissance qui revient complète aussitôt. L'absence de tout autre symptôme, la netteté de la crise, ne peuvent laisser aucun doute sur la nature épileptique de cette attaque.

D'ailleurs, deux jours après, le 4 octobre, elle est prise, en notre présence, d'une crise des mieux caractérisées, où la distorsion de la face est surtout très marquée.

Ce sont les seuls accidents des suites de couches; la malade, qui n'a présenté durant son séjour à la Maternité, aucune élévation thermique, sort le 12 octobre sans avoir présenté aucun phénomène nouveau.

L'enfant, allaité par la mère, continue à se porter très bien.

Depuis sa sortie de l'hôpital, cette femme a été complètement perdue de vue.

Comme nous le disions en commençant, cette observation est un fait clinique de plus à ajouter à ceux déjà connus de paralysie infantile ayant laissé persister des atrophies très marquées des membres, sans influence appréciable sur la

conformation du bassin, sur la marche et la terminaison de la grossesse et de l'accouchement ni sur la constitution de l'enfant.

D'autre part, la suspension des crises épileptiques au cours de la grossesse n'est pas exceptionnelle et, de l'avis de la plupart des auteurs, l'épilepsie est le plus souvent améliorée par la gestation; cependant, nous croyons que les exemples d'une suspension aussi absolue des crises convulsives et leur reprise aussi nette, *trois jours* après l'accouchement ne sont pas très nombreux.

Ce sont ces considérations qui nous ont déterminé à publier cette observation quelque défectueuse qu'elle soit.

REVUE CLINIQUE

OPÉRATION CÉSARIENNE PRATIQUÉE POUR LA SECONDE FOIS AVEC SUCCÈS POUR LA MÈRE ET L'ENFANT

Par le Dr **A. Crimail**, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Pontoise.

Adèle C..., femme R..., a déjà subi, avec succès, en octobre 1888, dans mon service de l'Hôtel-Dieu de Pontoise, une première opération césarienne, observation publiée dans les *Annales de gynécologie* d'avril 1889.

Adèle R..., est une naine non rachitique, à bassin uniformément rétréci et dont le thorax est très développé par rapport aux membres supérieurs et inférieurs; pas de déviation de la colonne vertébrale, aucune incurvation des membres: les mensurations du bassin me donnent en 1891 les mêmes dimensions qu'en 1888 (1).

En juillet 1890, Adèle R..., vient me trouver à ma consultation me priant de la faire avorter, car je ne peux, me dit-elle, m'y refuser sachant que, par suite de sa conformation, elle ne peut mettre au monde un enfant vivant. Je l'en dissuade et cela, je dois

(1) Voir *Annales de gynécologie*, 1889, p. 273.

le reconnaître, sans peine aucune, mais je lui recommande de venir me trouver dans 3 ou 4 mois.

Profitant de la présence de mon ancienne opérée, je la questionne sur son état de santé et examine son abdomen. Depuis son opération cette femme s'est toujours très bien portée, ses époques très régulières viennent sans douleurs. Vers le mois d'août 1889, c'est-à-dire dix mois après son opération, elle voit apparaître, sans cause connue d'elle, au bas du ventre et un peu à gauche de la ligne médiane une petite grosseur : cette tumeur, qui existe encore aujourd'hui, n'est autre qu'une hernie à la partie inférieure de la cicatrice abdominale, hernie du reste très facilement réductible. L'utérus mobile ne présente aucune adhérence : rien d'anormal ni à la palpation abdominale ni au toucher vaginal.

Adèle R..., ne revient me voir que dans les premiers jours de janvier 1891 ; la grossesse a suivi son cours normal et n'a présenté rien d'extraordinaire. L'utérus normalement développé ne présente aucune adhérence, le fœtus, bien vivant, se présente par la tête. Je dis alors à Adèle R..., et à son mari qu'ils ont à choisir soit entre la basiotripsie avec ses conséquences (mort de l'enfant mais très grandes chances de survie pour la mère) soit entre l'opération césarienne avec un enfant vivant mais avec moins de chances pour la conservation de la vie de la mère. Adèle R..., avec un entrain qui n'est que trop rare, n'hésite pas et préfère exposer son existence pour avoir un enfant vivant. Elle a, me dit-elle, subi déjà cette opération et elle espère bien n'être pas moins heureuse la seconde fois. Il fut donc convenu que dans la première quinzaine de février elle entrerait à la Maternité de Pontoise pour pouvoir y être opérée dès les premières douleurs.

Elle y entra, en effet, le 11 février 1891. Grands bains tous les 3 jours, injections vaginales matin et soir au bichlorure 2/1000. Ordre fut donné de me prévenir dès les premières douleurs.

Le 19 février, à 7 heures du matin, la sœur du service me fait dire que depuis une demi-heure Adèle R..., avait des douleurs. Je me rends aussitôt à l'hôpital et je trouve la femme au commencement du travail : col effacé, dilatation d'une pièce d'un franc, tête se présentant en O.I.D.T. Cet examen des parties génitales a été le seul qui ait été pratiqué pour éviter toute cause d'infection : la hernie observée antérieurement ne paraît plus, l'utérus étant placé en avant des intestins et en empêchant la sortie.

Je fais immédiatement prévenir mes aides et procède moi-même à la désinfection de tous mes instruments que je flambe et fais bouillir dans une solution phéniquée à 5/100. (Pendant toute la durée de l'opération les instruments sont restés plongés dans cette eau bouillie phéniquée.) Pendant que je prépare mes instruments je fais donner à la parturiente un grand lavement par la sage-femme de service ; puis, après avoir pratiqué moi-même le cathétérisme de la vessie, je rase les poils du pubis, donne une injection vaginale à la liqueur de Van Swieten, place dans le vagin un tampon de ouate iodoformée, procède avec soin au lavage de la paroi abdominale (lavage au savon, frictions d'éther, d'alcool à 90° et enfin à la liqueur de Van Swieten) et place enfin sur tout l'abdomen une épaisse couche d'ouate hydrophile, imbibée de liqueur, que je n'enlève qu'au moment même de l'opération.

Faisant alors transporter ma malade dans la salle d'opération, je la confie aux soins de M. le Dr Katz chargé de lui administrer le chloroforme avec les précautions d'usage pour les laparotomies : La salle dans laquelle je devais opérer avait été lavée avec une solution de bichlorure, des draps avait été étendus sur le sol et un pulvérisateur à vapeur y avait marché pendant plus d'une heure. Pendant qu'il était procédé à la chloroformisation. M. le Dr Meunier (qui m'avait déjà servi d'aide lors de la première opération pratiquée sur cette femme) et moi-même assurions la propreté chirurgicale de nos mains et avant-bras par des lavages avec liqueur de Van Swieten, alcool, permanganate de potasse et bisulfite de soude. M. le Dr Cesbron qui m'avait envoyé cette malade en 1888 nous assistait également pendant l'opération.

Tout ainsi disposé et certain, autant qu'on peut l'être, de mon asepsie et de celle de mes aides je commence l'opération.

Je pratique l'incision de la paroi abdominale au niveau de la première cicatrice, en arrêtant l'extrémité inférieure à trois travers de doigt au-dessus du pubis (même niveau qu'en 1888) mais je l'augmente à la partie supérieure, et sectionnant l'ombilic par le milieu je dépasse cette région de près de 5 centimètres ; de cette façon j'ai une incision mesurant 16 centimètres de longueur. Dans cette première incision je n'ai compris que la peau et le tissu cellulaire ; la paroi musculaire très amincie est sectionnée en un temps, puis l'épiploon que je maintiens par des pinces à forcipressure, jusqu'ici presque pas de sang. Je vois alors l'utérus

offrant à sa ligne médiane la cicatrice de ma première section : au niveau de cette cicatrice je trouve trois nœuds de la suture précédente que j'avais faite complètement avec du crin de Florence : j'enlève très facilement ces trois crins car la portion du nœud seule existe, le reste des crins ayant complètement disparu.

Après avoir placé aux extrémités supérieure et inférieure de l'incision abdominale des pinces armées d'un sachet de gaze phéniquée bouillie et avoir entouré tout le champ opératoire de gaze également bouillie, je sectionne l'utérus à sa partie supérieure au niveau même de la cicatrice de la précédente opération. Le tissu cicatriciel, très dur, ne peut se déchirer avec le doigt, comme je l'avais déjà fait et je suis obligé de continuer la section avec des ciseaux forts. Pas d'hémorrhagie comme j'en avais eu une précédemment. Je romps avec le doigt les membranes que l'incision utérine avait respectées.

La partie fœtale qui se présente et sort même de l'utérus est le bras gauche, que je rentre dans la cavité utérine pour aller à la recherche d'une extrémité inférieure ; saisissant le pied gauche je pratique la version et retire un enfant, du sexe féminin, bien vivant, du poids de six livres. Plaçant deux pinces sur le cordon que je sectionne, je confie l'enfant aux soins de la sage-femme, Mme Delaplace et procède à la délivrance. Après avoir fait sortir l'utérus de l'abdomen en surveillant bien l'application rigoureuse des parois abdominales le long de l'organe, manœuvre très bien exécutée par le Dr Meunier. La délivrance se fait assez facilement et le placenta est extrait complet avec toutes ses membranes. Toujours pas ou du moins très peu de sang. Aussi n'ai-je pas à appliquer le lien élastique que j'avais préparé pour lier l'utérus, ni à plus forte raison à pratiquer l'opération de Porro.

Après avoir nettoyé avec des sachets de gaze iodoformée la cavité utérine, je place cinq points de suture profonde avec de la soie phéniquée et entre chacune d'elles 4 à 5 points de suture superficielle au crin de Florence : dans mes sutures profondes, je prends bien soin de ne pas pénétrer dans l'utérus et dans mes sutures superficielles d'y comprendre le péritoine.

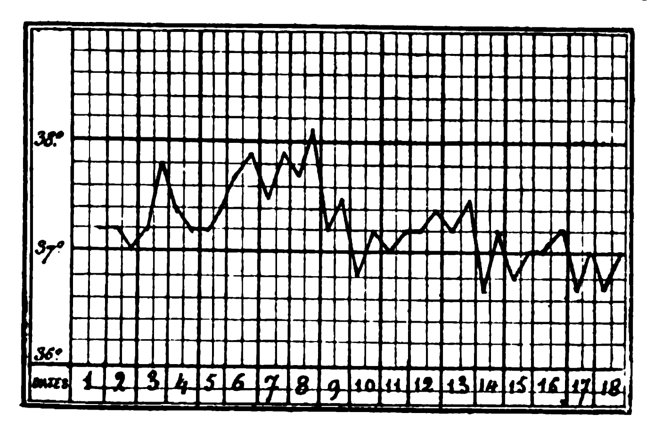
Pour éviter à Adèle R..., une troisième grossesse, je pratique sur chaque trompe une double ligature à environ cinq centimètres de l'utérus et je sectionne les trompes entre ces deux ligatures.

Les trompes ainsi liées et sectionnées, l'utérus complètement

fermé par les sutures superficielles et profondes, je rentre l'organe dans l'abdomen. Je vois alors apparaître sur toute la longueur de la section utérine un suintement sanguin qui n'avait pu se produire jusqu'ici, l'utérus exerçant par sa situation hors de l'abdomen une compression naturelle : ce suintement est, du reste, de courte durée, l'utérus se contractant immédiatement avec énergie. Je mets alors un peu de poudre d'iodoforme sur toute la longueur de la suture utérine et après m'être assuré qu'aucun liquide n'avait pénétré dans le petit bassin, je retire mes pinces armées de sachets de gaze, je place l'épiploon en tablier en avant de l'utérus et procède à la suture de la paroi abdominale. 9 sutures profondes à la soie phéniquée et 23 superficielles au crin de Florence. Pansement à l'iodoforme. Gaze et ouate iodoformées. Injection vaginale à la liqueur de Van Swieten. Dans le vagin, tampon d'ouate iodoformée.

L'opération, à partir du premier coup de bistouri jusqu'à la ligature du dernier point de suture, a duré cinquante minutes : la parturiente a parfaitement supporté le chloroforme et est enchantée, à son réveil, de pouvoir embrasser sa fille. L'enfant du poids de six livres est très bien conformée : les membres sont très droits et ne présentent rien d'anormal.

Les suites de couches ont été absolument physiologiques et jamais mon opérée, le tracé ci-contre en fait foi, n'a eu le plus



léger mouvement fébrile. Les trois premiers jours je prescris du bouillon, du lait et du champagne, puis à partir du 4e jour une

alimentation progressive semblable à celles des autres malades. A partir du 3e jour les garde-robes se font régulièrement tous les jours ; la miction a été naturelle dès le soir même de l'opération. Le septième jour j'enlève tous les points de suture profonds et superficiels ; la plaie abdominale complétement cicatrisée n'offre pas une seule goutte de pus ; dix jours après l'opération Adèle R.., est transportée dans la salle commune. Dès le premier jour l'enfant, mise au sein, l'a parfaitement pris et depuis continue à teter sa mère qui est une fort bonne nourrice.

Enfin le 15 mars, c'est-à-dire 25 jours après l'opération, Adèle R..., demande son exeat.

A cette époque, le ventre est souple, l'utérus revenu dans le petit bassin ne présente aucune adhérence. A environ 2 cent. en dehors, et à l'extrémité inférieure de la cicatrice abdominale on sent une petite ouverture qui permet l'introduction de l'index et par laquelle se fait une petite hernie de l'intestin.

Depuis j'ai revu mon opérée : elle se porte très bien, a continué à nourrir son enfant qui se porte aussi à merveille.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

15e SESSION DE L'ASSOCIATION GYNÉCOLOGIQUE AMÉRICAINE

Buffalo, les 16, 17 *et* 18 *septembre* 1890.

Grossesse extra-utérine.

La discussion commença par une communication de A. W. Johnson (Dauville), qui étudie les conditions de la formation du placenta qui normalement dépendrait de l'action spéciale de la cellule spermatique sur le tissu lymphoïde de l'endomètre dénudé ; dans la grossesse tubaire, la chute de l'épithélium cilié permettrait sa production. A propos du traitement, il s'élève avec force contre l'emploi de l'électricité qui lui semble dangereuse en pratique, irrationnelle en théorie et désastreuse dans ses résultats. M. D. Mann (Buffalo), H. P. C. Wilson (Baltimore), Skene (Boston) emploient au contraire l'électricité dans les premiers mois, avant la rupture, dès qu'ils ont des présomptions de grossesse extra-utérine. Le diagnostic de celle-ci serait du reste possible au dire

de KELLY (Baltimore) qui, dans une étude complète de la grossesse extra-utérine, en indique les principaux signes : aménorrhée suivie d'un écoulement irrégulier et atypique ; douleur dans la partie inférieure du ventre, tumeur fluctuante, augmentation de volume de l'utérus ; expulsion de membranes ; lait dans les seins ; diminution à un certain moment du volume de la tumeur, impliquant la mort du fœtus. Il a pu ainsi diagnostiquer et opérer une grossesse tubaire avant sa rupture, ce qu'a fait aussi TUTTLE dans un cas qu'il présente. L'emploi de l'électricité comme mode de traitement est rejeté par J. M. BALDY (Philadelphie) et Jaggard (Chicago) ; ce dernier a fait 10 laparotomies pour grossesse extra-utérine et a obtenu 10 guérisons.

Traitement des fibromes par l'électricité.

De la discussion à laquelle prirent part W. C. FORD (Utica), TREMAND, WILSON, SKENE, MYNTER, GEO. KEITH, ROSEBRUGH semble résulter ce fait que l'électricité agit surtout dans les fibromes muraux et cet autre que ce qui importe, ce n'est pas la variété d'électrode employé, mais le courant auquel on a recours, ce qu'il faut c'est une désintégration chimique et non une action caustique.

Pour cela on se servira de piles à tension faible, juste suffisantes pour vaincre les résistances, mais à ampérage élevé. Seul GEO. KEITH croit à une action de l'électro-caustie intra-utérine.

Du drainage après la laparotomie.

La question du drainage aprés la laparotomie, soulevée par THOMAS A. ASHBY (Baltimore) a été diversement appréciée. Tandis que A. PALMER DUDLEY (New-York), H. P. C. WILSON (Baltimore) et MANN (Buffalo) le rejettent, cherchent par l'emploi de purgatifs le matin même de l'opération à obtenir le drainage par l'intestin, ASHBY, HUNTER ROBB (Baltimore) et E. C. DUDLEY (Chicago), le préconisent dans un grand nombre de cas. ASHBY se sert d'un tube de verre par lequel il fait des aspirations avec une seringue, au bout de 12 à 48 heures il remplace le tube de verre par un drain de caoutchouc ; H. ROBB absterge l'intérieur du tube avec un tampon de coton porté sur une longue pince ; DUDLEY préfère le tamponnement aseptique, craignant de déchirer des adhérences, il n'enlève le sac extérieur de gaze qu'au bout de 8 à 15 jours.

De la fixation vaginale du moignon dans l'hystérectomie abdominale.

Byford (Chicago) a, dans 8 cas, traité le pédicule de la façon suivante : après extirpation de la tumeur et décollement de la vessie, il incise la paroi vaginale antérieure, et, à travers cette incision, attire dans le vagin, à l'aide d'un ténaculum, le pédicule. Il suture le feuillet vésical du péritoine au péritoine qui tapisse la face postérieure du moignon ; puis, il applique sur le pédicule un clamp qui est laissé dans le vagin jusqu'à détachement de l'eschare, qui survient du 10e au 14e jour. Kelly a adopté une méthode mixte. Le pédicule est suspendu, pour ainsi dire, à l'angle inférieur de la plaie au moyen de sutures, et son péritoine est suturé au péritoine pariétal, on applique ensuite un clamp, et on recouvre avec un bandage qui n'est enlevé qu'au bout de 5 à 6 jours. Il reconnaît à la méthode de Byford deux avantages : prévenir la hernie, réaliser parfaitement le drainage. Mais il la croit peu pratique dans le cas de pédicule volumineux. Polk est d'avis de recourir à la méthode de Kelly ou plutôt à celle de Byford, toutes les fois qu'on a réussi à confectionner un pédicule. Il considère qu'il est impossible de désinfecter assez rigoureusement le col, pour qu'il n'y ait aucun danger à l'abandonner dans la cavité péritonéale. Dudley se déclare partisan résolu du procédé de Byford ; d'après lui, il serait toujours possible de réduire suffisamment le pédicule pour que la méthode soit applicable. Skene fait remarquer qu'il y aurait peut-être avantage à dilater et à inverser le col. A tant faire que d'ouvrir le vagin, mieux vaut enlever le col. T. Johnson fait ressortir les avantages de la méthode de Bantock, dont les traits essentiels consistent dans l'emploi du serre-nœud, la suture du péritoine au pédicule sous le clamp, et le traitement extra-péritonéal du moignon. Comme W. Skene, il pense que si l'on ouvre le vagin, il est préférable de supprimer le pédicule.

Lésions des uretères pendant le travail.

De la communication faite par Skene, il résulte que l'uretère peut être lésé au cours de l'accouchement, par la tête fœtale, la main de l'accoucheur, le forceps, et que l'accident est favorisé par l'écoulement prématuré des eaux. A l'autopsie d'une femme, morte la 2e semaine après son accouchement, on constata une lésion de l'uretère gauche, les traces d'un processus de suppura-

tion développée à ce niveau et une néphrite aiguë, altérations pathologiques qui fournirent l'explication d'une terminaison dont la cause échappait. PAGGARD pense que les uretères peuvent être troublés dans leur nutrition au cours de la grossesse, et que les lésions qu'ils présentent dépendent plutôt de l'augmentation de la tension abdominale que des effets d'une compression directe.

Anomalie de situation de l'uretère, opération, guérison.

Le cas rapporté par DAVENPORT concernait une femme de 29 ans, sujette toute sa vie à de l'incontinence d'urine. L'auteur constata que l'un des uretères s'abouchait, non dans le vagin, mais dans le méat, après avoir cheminé dans la paroi antérieure du vagin. Il disséqua le canal, et l'aboucha dans la vessie. Une seconde opération fut nécessitée par la persistance d'une fistule vésico-vaginale. *Guérison*. BYFORD signale un cas analogue opéré, également, avec succès.

Céphalématome.

A l'occasion de cette communication dans laquelle KELLY rappelle les caractères du céphalématome, caractères bien connus aujourd'hui (épanchement sanguin collecté entre le péri-crâne et les os du crâne, présence d'un bourrelet osseux limitant la tumeur, etc.), JAGGARD insiste particulièrement sur la variété interne, dans laquelle le diagnostic est impossible et qui échappe aux moyens médicaux. FREDERICKS relate deux cas qui se terminèrent par la mort.

Sur un cas de laparotomie pour douleurs intra-pelviennes datant de seize ans.

La communication d'ASHBY est basée sur l'observation d'une femme âgée de 30 ans, qui souffrait de douleurs pelviennes depuis la puberté. Traitement local et général avaient échoué. Ashby fit la laparotomie, enleva trompes et ovaires, opération qui fut suivie d'une complète guérison. L'ovaire gauche, comme enfoui entre deux plis des ligaments larges, était petit, et bourré de corps jaunes dont plusieurs presque aussi volumineux que des corps jaunes de la grossesse, leur cicatrisation évidemment s'était trouvée retardée du fait des rapports anormaux de l'organe avec les ligaments larges. KELLY condamne formellement la laparotomie « *faite contre la douleur* » ; d'après lui, il serait toujours possible de dia-

gnostiquer des altérations même légères, à l'aide de l'exploration bimanuelle combinée avec l'anesthésie et l'abaissement de l'utérus. DUDLEY et POLK contestent qu'il soit toujours possible de formuler un diagnostic et reconnaissent qu'on est, en certain cas rebelles, autorisé à faire la laparotomie. D'autre part, ils pensent qu'on peut, en certains cas, ne pas extirper en totalité les ovaires; qu'il suffit quand il existe par exemple de rares kystes de les inciser, ou bien de se contenter d'une résection partielle, comme le prouvent certains faits de leur pratique. BYFORD est d'avis, qu'après avoir employé les autres moyens, on est en droit de faire la laparotomie; mais il estime que, si l'on touche à l'ovaire, il est préférable de l'extirper complètement, parce que les opérations partielles ne peuvent être que le point de départ d'adhérences et par suite d'accidents ultérieurs. MAUN exprime des opinions analogues, et fait, en outre, remarquer qu'il est des altérations de l'ovaire appréciables seulement au microscope et néanmoins suffisantes pour provoquer des douleurs ; il pense aussi qu'on a dû maintes fois faire la laparotomie pour des accidents qu'on mettait sur le compte soit d'affections ovariques ou tubaires et qui, en réalité, dérivaient d'un processus pathologique des uretères. JOHNSON se prononce également contre les opérations partielles sur l'ovaire.

Ressemblance de quelques formes d'affections bénignes avec des affections malignes.

JENCKS étudie, dans son travail, divers états pathologiques, bénins en réalité, mais qui, par certains côtés, sont de nature à faire croire à une affection maligne. Il cite, en particulier, un cas dans lequel une éponge, oubliée dans le vagin, avait provoqué des hémorrhagies, un écoulement fétide, et fait soupçonner, à tort, l'existence d'un cancer. Il est des tumeurs ovariques, associées à des métrorrhagies, qui donnent lieu à des méprises, DUDLEY, dans sa première laparotomie, crut avoir affaire à un kyste ovarique de nature bénigne. Au cours de l'opération, partie du liquide kystique tomba dans l'abdomen, liquide qui contenait sans doute des cellules de nature demi-maligne, qui se greffèrent sur le péritoine congestionné, et devinrent le point de départ d'un néoplasme malin. La femme mourut 5 mois après, d'un sarcome développé au niveau du fond de l'utérus. MYNTER fit pratiquer la laparoto-

mie, chez une femme d'une cinquantaine d'année, pour une tumeur abdominale, compliquée d'ascite mais à marche lente et n'ayant pas amené de la cachexie. On croyait se trouver en présence d'une tumeur fibro-kystique de l'utérus ; il s'agissait en réalité d'un cancer de l'épiploon.

De la restauration des déchirures périnéales intéressant le sphincter anal, par la méthode à lambeaux.

DUDLEY (de New-York) considère cette méthode comme la plus simple et la plus sûre dans les résultats. Mais, il conseille de ne pas trop viser à la rapidité. Il réunit le rectum par une suture continue au catgut ; le périnée avec des fils d'argent et se sert de catgut pour les points supérieurs. DUDLEY (de Chicago), ne croit pas que le procédé à lambeaux permette toujours d'obtenir la restauration du périnée. De fait, il n'est pas de méthode qui convienne pour toutes les déchirures. Il se sert, pour les sutures du rectum, de huit fils de catgut, et de fils de soie pour le reste. Il a remarqué, d'autre part, que ce n'est pas tant le volume du corps périnéal que sa situation qui importe ; un périnée même court, mais qui remonte près du pubis, est en général suffisant. POLK fait jouer un rôle important au muscle releveur de l'anus, surtout aux fibres qui, de la face postérieure des pubis, rayonnent sur les côtés et la face postérieure du rectum. Quand elles ont conservé leur tonicité, elles ramènent les tissus dans la position indiquée par Dudley, « haut, au-dessous du pubis ».

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 27 janvier et 14 avril 1891.

Présentations : GUÉNIOT. **Kystes séreux du foie chez un fœtus à terme, affecté de vices de conformation multiples.** — Fœtus venu mort, à la suite d'un travail laborieux causé par un volume exagéré. Il présentait des malformations multiples : anencéphalie, absence des organes génitaux externes, 6 doigts à chaque main, 6 orteils à chaque pied. Quant aux dimensions exagérées, elles étaient sous la dépendance d'un excès de volume du foie et des reins. Le foie était le siège de 2 kystes contenant l'un, 80 gr., l'autre 40 gr. d'un liquide limpide, citrin, un peu teinté en jaune par

des éléments biliaires. Leurs parois offraient une similitude remarquable avec celles des cavités ventriculaires du cœur, piliers et colonnes d'aspect charnu, languettes d'apparence aponévrotique. La mère, âgée de 39 ans, est mariée avec son propre neveu âgé de 36 ans, qui, depuis longtemps, est atteint d'absinthisme et de polydipsie. Elle a eu déjà 7 enfants dont plusieurs ont présenté des malformations, un seul survit. D'après les renseignements, la conception aurait régulièrement eu lieu en état d'ivresse du mari, en sorte qu'on peut incriminer comme causes des anomalies observées : *la consanguinité, l'absinthisme, la conception en état d'ivresse.*

BUDIN. **Sur un bassin oblique ovalaire.** — L'auteur présente des dessins, grandeur nature, pris sur une femme, chez laquelle il put diagnostiquer, par l'examen externe, l'existence d'un bassin oblique ovalaire. Cette femme, entrée à l'hôpital étant en travail, avait eu déjà 3 accouchements qui avaient été terminés par l'embryotomie crânienne. Cette fois, on réussit, grâce à une application de forceps laborieux, à extraire un enfant vivant, du poids de 3620 gr. Dans un 5e accouchement, on réussit encore, au moyen de la version, qui fut difficile, à extraire un enfant vivant, du poids de 2800 gr.

R. L.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale.

M. TERRILLON. Actuellement, j'ai opéré une centaine de salpingo-ovarites, dont 40 à 45 suppurées. J'en ai enlevé de très volumineuses et j'ai eu des succès, mais aussi j'ai eu des revers. Deux cas surtout m'ont frappé, où j'avais dû décortiquer des adhérences intimes à l'intestin et à l'épiploon et où 24 heures après l'intestin s'est perforé, d'où péritonite mortelle. Deux autres, très différents, où je ne pus enlever toute la poche dans la profondeur du petit bassin, furent également suivis de mort, la partie restante de la poche n'ayant pu être suffisamment désinfectée. Lorsque j'eus connaissance du mémoire de M. Péan, je pensai que les cas de ce genre seraient moins dangereux si on les traitait par l'hystérectomie vaginale. Puis, M. Segond me montra comment il opérait et, depuis un mois, j'ai agi ainsi 4 fois, car il vient beaucoup

de ces femmes à la consultation de la Salpêtrière. Dans mes 4 cas j'ai commencé par chercher le pus par une ponction vaginale exploratrice. Je n'insisterai pas sur le reste du manuel opératoire : c'est celui que M. Segond vous a indiqué. Je vous dirai seulement, moi aussi, que cela ne ressemble pas à l'hystérectomie vaginale pour cancer, que les ligaments larges, infiltrés, épaissis, ne ressemblent pas à un ligament large normal ; les vaisseaux y sont étouffés, et quelquefois même il n'y a pas besoin de laisser de pinces à demeure.

Chez mes 4 malades, la suppuration pelvienne était très ancienne. Chez la première, femme de 49 ans, opérée le 9 février, elle datait de plusieurs années ; de plus de deux ans chez une femme de 33 ans opérée le 25 février ; la troisième chez une femme de 28 ans. Ces trois malades sont aujourd'hui guéries ou à peu près. Ce matin, enfin, j'ai opéré un cas beaucoup plus complexe, où je n'ai pu avoir que par morcellement l'utérus très friable. Dans deux de ces cas la laparotomie eût certainement été très dangereuse, chez les deux autres elle eût été au moins difficile.

Je pense que cette opération est très rationnelle pour les suppurations anciennes, à parois épaisses, dures, dont l'ablation est très difficile, dont les adhérences intestinales surtout me font peur. Voilà pourquoi je l'ai expérimentée, et jusqu'à présent je ne m'en suis pas mal trouvé. Mais je pense, néanmoins, qu'elle ne s'applique qu'à des cas d'exception, que la laparotomie reste la méthode de choix. J'ajouterai une indication : je me souviens d'une jeune femme chez qui, après laparotomie, je n'ai absolument rien pu enlever. Puis j'ai tenté plusieurs fois, mais en vain, d'aborder par le rectum une fistule ouverte dans cet intestin, peu suppurante mais tenace ; je suis persuadé que par l'hystérectomie vaginale je l'aurai guérie.

Au total, nous devons être heureux d'avoir une méthode de plus pour attaquer certaines suppurations pelviennes.

M. Pozzi, au contraire, est en désaccord avec M. Segond. Il pense tout d'abord que suivre les indications de M. Segond, c'est aboutir à traiter à peu près toutes les annexites par l'hystérectomie. Nous diagnostiquons salpingite suppurée, mais une fois sur quatre environ nous nous trompons et nous trouvons des hydro ou des hémato-salpinx, ou des ovaires à petits kystes ou même des kystes du ligament large. Souvent alors nous regretterons d'avoir châtré la femme,

mais il sera trop tard. M. Segond donne comme argument la cicatrice abdominale; oui, les femmes s'en préoccupent, mais le chirurgien ne doit pas trop se laisser influencer par les préoccupations de ce genre et ne pas trop s'inquiéter de la beauté du ventre. Les autres arguments de M. Segond sont la bénignité, l'efficacité plus grande. Mais est-ce bien réel? Pour les poches non adhérentes, ou adhérentes mais aisément énucléables, l'hystérectomie est inférieure à la laparotomie, très facile, très bénigne et permettant d'enlever en totalité cette poche infectée dont M. Second fait trop bon marché. Mais pour les suppurations adhérentes, avec fistules, non énucléables, M. Bouilly fait une concession : même ici, M. Pozzi se refuse à entrebâiller cette porte, de peur qu'on ne l'ouvre. La laparotomie ici, elle aussi, ne permet pas d'opération complète, de grattage, désinfection, drainage : or sur 3 cas de ce genre M. Pozzi a eu 3 guérisons. Et ces cas sont rares puisque M. Pozzi en compte 3 sur 39 et M. Bouilly 3 sur 33. L'hystérectomie y est certainement bonne, mais la laparotomie aussi : et avant d'avoir ouvert le ventre il est presque toujours impossible de dire si l'ablation est ou non possible. M. Pozzi en arrive donc à conclure : tenter toujours la laparotomie ; quand elle aura été impuissante, comme chez la malade dont parlait tout à l'heure M. Terrillon, alors seulement songer, secondairement, à l'hystérectomie vaginale, c'est en somme une règle générale : toujours avoir pour but premier le traitement direct et se rabattre faute de mieux sur le traitement indirect.

Pour juger de la gravité, on ne peut se défendre et se défier a priori d'une opération aveugle, quelquefois extrêmement pénible, tandis que dans l'immense majorité des cas la laparotomie est d'une grande simplicité. L'expérience se prononce dans le même sens ; M. Pozzi a 3 morts sur 39 laparotomies ou salpingite suppurée (et il y a 10 jours il y avait 37 cas avec 1 décès) ; M. Bouilly a 4 morts sur 33 ; M. Segond en a 4 sur 23. La différence n'est pas énorme, et l'exemple de M. Pozzi prouve immédiatement qu'il faut tenir compte des séries. Mais, en tous cas, et jusqu'à nouvel ordre, l'avantage n'est pas à l'hystérectomie. En principe, donc, cette opération ne se justifie pas, car pour juger de la nature exacte des lésions, de leur suppuration, de leur bilatéralité, elle suppose un diagnostic infaillible, et chacun sait qu'en cette matière nous nous trompons souvent. Mais au moins la laparotomie a l'avantage de mettre en évidence nos fautes de dia-

gnostic et d'opération. M. Pozzi craint que si l'hystérectomie se vulgarise, le vagin ne devienne un gouffre au fond duquel se cachera l'ignorance, quelquefois même la malhonnêteté.

M. ROUTIER se propose, puisqu'il n'a pas l'expérience de l'hystérectomie, de comparer aux résultats de M. Segond ceux qu'il a obtenus par la laparotomie et de discuter ainsi les indications. Mais, au préalable, il affirme les incertitudes fréquentes du diagnostic de l'unilatéralité ou la bilatéralité, et non seulement pour la pyosalpingite, mais pour toutes les salpingites.

Prenant sa statistique depuis le 8 août, époque où commence celle de M. Segond, il compte 22 laparotomies pour annexites, dont 12 pour pyosalpingite; et de ces 12 femmes 10 sont entièrement guéries, 2 sont encore souffrantes. De ces deux, une portait une poche ouverte dans la vessie, qui ne put être enlevée, et elle garde son drain abdomino-vaginal ; peut-être sera-t-il indiqué de lui faire l'hystérectomie vaginale ; l'autre a pu subir l'ablation, mais elle a eu des accidents de phlegmon chronique et a été incisée jeudi dernier. Quant aux 10 guérisons, elles ne concernent certes pas des cas faciles, et trois fois, soit pour arrêter l'hémorrhagie en nappe, soit par crainte d'une perforatien du rectum, il a fallu tamponner le petit bassin à la gaze iodoformée. Ainsi, pour les abcès tubo-ovariens enkystés, la laparotomie est très bonne. Mais elle est impuissante contre les suppurations diffuses du petit bassin et là M. Routier, qui a vu des cas de ce genre, se rallie à l'hystérectomie. Par contre, pour les hématosalpinx, pour les salpingites interstitielles avec ovaires sclérokystiques, rien ne vaut la laparotomie ; très facile et très bénigne. A ce propos, M. Routier dit que plusieurs fois, une trompe ayant encore ses franges et l'ovaire étant peu atteint, il a pratiqué l'oophorectomie unilatérale, mais n'en n'a pas été satisfait. Dès lors, l'objection fonctionnelle à l'hystérectomie tombe, mais il reste la difficulté plus grande de cette opération, pour laquelle le chirurgien est trop à la merci de son instrumentation. Pour les pyosalpingites, il faut craindre en outre, de laisser dans le ventre des poches non ouvertes. En principe donc, M. Routier reste partisan de la laparotomie et n'admet l'hystérectomie qu'à son défaut, secondairement au besoin.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE commence d'abord par constater avec plaisir qu'on admet très nettement que toutes les collections purulentes pelviennes ne sont pas tubaires, et il pense que la fameuse

théorie du cheminement du pus par les trompes va disparaître. C'est précisément là une des raisons de l'hystérectomie vaginale et si M. Segond s'était borné à préconiser ce large drainage pour les abcès de périmétrite, il n'y aurait aucune objection à faire, mais M. Segond a généralisé, et c'est cette généralisation qu'il faut combattre, ce qui démontre qu'il généralise, c'est le nombre des cas qu'il a opérés depuis août dernier; c'est sûrement ainsi qu'il traite à peu près tous les cas. Or les cas où M. Championnière croit la méthode indiquée sont rares, et, depuis la communication de M. Péan, il n'a pas encore pu en trouver. Et, à son sens, abstraction faite de ces abcès latéraux qu'on ouvre avec succès par l'incision dite laparotomie sous-péritonéale, M. Segond exagère beaucoup les difficultés et dangers de la laparotomie pour abcès pelviens. De ces abcès, il en est beaucoup dont on peut enlever la poche, et dans ces conditions la laparotomie est très bénigne et très efficace. Même quand il faut laisser de la poche, M. Championnière se borne à la désinfecter, ne draine pas, et n'a eu qu'un seul décès, tardif, sans élévation de température. Non seulement on enlève les poches, mais on détruit des adhérences, ce qui est impossible par la voie vaginale: or ces adhérences sont pour beaucoup dans les accidents dont souffrent les malades. M. Segond dit que par l'hystérectomie les suites sont meilleures; mais la laparotomie pour pyosalpingite donne d'excellents résultats définitifs. Certes, elle n'est pas à l'abri des accidents de la ménopause anticipée. Mais, ces accidents, ils ne débutent souvent qu'au bout de 5, 6 mois; et M. Championnière les a observés chez une femme à laquelle il a pratiqué l'opération de Porro. M. Segond fera donc bien d'attendre avant de proclamer que l'hystérectomie en met à l'abri.

Les arguments tirés de la mortalité opératoire sont négligeables : les séries sont actuellement trop peu nombreuses, mais du diagnostic vient une grosse objection. Actuellement, en effet, nous avons posé des règles générales d'intervention, mais bien souvent nous ne portons pas un diagnostic précis. Tout récemment, M. Championnière a opéré une femme chez laquelle on croyait à une ovarite suppurée ; il lui soupçonna un ovaire à petits kystes, et c'est en effet ce qu'il trouva. Or, la laparotomie permet de faire le nécessaire, rien que le nécessaire : voilà pourquoi M. Championnière s'élève contre la généralisation de M. Segond.

M. Terrier. — Je n'ai pas fait de ces opérations, et dès lors, je

ne pourrai pas raisonner toujours avec certitude. Mais il est quelques points qui me paraissent aisés à démontrer. Je rappellerai que lors d'une de nos récentes discussions, j'ai dit que je préférerais l'hystérectomie vaginale à la simple incision vaginale préconisée par M. Bouilly dans certains cas. Depuis cette époque, j'ai rencontré des faits me démontrant que cela peut, en effet, donner de bons résultats. Ces cas sont ceux dont M. Terrillon nous a donné dans la dernière séance une excellente description : j'ai toujours pu terminer l'opération par voie abdominale, mais il est certain que la gravité est grande. Mais ces cas sont exceptionnels. J'ajouterai que nos diagnostics sont très souvent par à peu près. Cependant, pour les lésions anciennes avec abcès consécutifs, avec fistules, j'ai l'impression que la voie vaginale serait la meilleure.

Ces préliminaires posés, j'aborde la critique des observations que j'ai pu lire ce matin même dans les *Annales de gynécologie*, où M. Segond en a publié le résumé. Je les diviserai en plusieurs catégories.

1° 5 opérées, toutes guéries, avaient des salpingites non suppurées et des ovaires sclérokystiques. Sur celles-là je suis absolu : il est mauvais de faire l'hystérectomie vaginale quand, par la laparotomie, on termine en 20 minutes une opération toujours heureuse.

2° 2 femmes avaient, avec de la sclérose ovarienne, des rétrodéviations adhérentes : ici encore j'affirme que mieux aurait valu les traiter par l'oophorectomie et l'hystéropexie.

3° 6 doubles pyosalpingites (dont une tuberculeuse) où, avec l'utérus, les poches ont été enlevées en totalité. Ici, je ne raisonne plus sur un terrain absolument ferme, mais ici si les trompes sont venues entières avec l'utérus, c'est donc qu'elles n'adhéraient pas. Dans ces conditions, pour mon compte personnel, par atavisme peut-être, si je pose ce diagnostic, je demeure partisan de la laparotomie, qui donne de bons résultats. Mais je reconnais qu'ici la discussion est permise et qu'il faut laisser la parole à la statistique pour établir de quel côté est la plus grande mortalité.

4° J'en dirai autant pour une double hématosalpingite, suppurée à gauche, où d'après ce que j'ai pu lire dans l'observation, il n'y avait pas de pelvi-péritonite.

5° Le point le plus important concerne les salpingites suppurées avec pelvi-péritonite. Les cas sont ceux où M. Segond a dû laisser

en partie les annexes : là, l'hystérectomie est justifiée. Elle établit un large drainage et, jusqu'à nouvel ordre, les résidus qu'on laisse dans le bassin sont bien supportés. De ces opérations, M. Segond en a 7 ; mais elles lui donnent 3 décès sur les 4 de sa statistique totale. C'est donc une opération grave, tout comme dans ces conditions la laparotomie est grave ; on est absolument en droit, néanmoins, de la mettre à l'étude, car mon impression générale est qu'actuellement les mortalités des deux opérations sont à peu près égales.

6° Deux cas un peu en dehors de la discussion actuelle. Ainsi ces gros fibromes avec suppuration pelvienne : M. Segond a enregistré un beau succès dans ce cas si complexe, il n'y a qu'à l'en féliciter.

7° Pour les suppurations pelviennes consécutives aux laparotomies, la question ne se discute plus : l'hystérectomie vaginale est la seule opération indiquée.

M. Reynier prend la parole exactement dans le même sens que M. Bouilly, M. Championnière. Sa statistique est la suivante : 32 laparotomies pour annexites lui ont donné 2 morts, dont 1 par chloroforme, 1 par perforation du rectum adhérent. Dans ce dernier cas, l'hystérectomie eût mieux valu. Mais les faits de ce genre sont rares et la laparotomie reste aux yeux de M. Reynier, la méthode de choix.

M. Reclus estime, comme fait important, au point de vue du mode d'intervention, la division des suppurations pelviennes adoptées par la plupart de ses collègues : 1° suppurations pelviennes complexes, diffuses, adhérentes partout ; 2° ovaro-salpingites volumineuses, adhérentes mais énucléables ; 3° salpingites petites et peu adhérentes. Or, pour les cas du premier groupe, la laparotomie est insuffisante. Trois fois, il a fait l'ouverture et le drainage après laparotomie ; 2 des malades ont succombé à des suppurations interminables au bout de 4 à 6 mois. L'autre a guéri, mais, 4 ans après l'opération, elle garde une fistule purulente. Par contre, l'hystérectomie vaginale guérit bien ces suppurations pelviennes, à condition qu'elles soient anciennes et qu'elles affectent une marche chronique. Pour les cas de la seconde catégorie, il pense également que l'opération de Péan est préférable à la laparotomie, et d'une exécution plus facile. De même, il lui donnerait la préférence pour les cas qui rentrent dans le troisième groupe, si

le diagnostic de bilatéralité était toujours possible ; malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi, les erreurs sont fréquentes. Aussi, sans rien changer à la formule de Segond, fait-il des réserves pour ces cas à diagnostic douteux, qui, à son avis, doivent bénéficier des avantages de la laparotomie.

M. Segond. — Avant d'entrer dans le cœur du débat, j'exprimerai un sentiment de satisfaction extrême. Il y a quelques semaines, l'opération que je viens défendre était condamnée par tous, et il a suffi de quelques-unes de vos séances pour qu'elle soit admise par vous comme rationnelle dans certains cas déterminés, exceptionnels il est vrai. Ce résultat partiel était plus difficile à obtenir qu'on ne le suppose, car je me prenais corps à corps à la laparotomie et à son omnipotence, n'ayant à mon actif que 23 observations : la lutte était inégale.

Mes collègues se sont divisés en trois groupes.

1° Ceux qui pensent absolument comme moi : il n'y en a qu'un, M. Reclus, car son doute final est également admis par moi. J'y pourrais joindre, malgré son silence public, M. Nélaton.

2° Le groupe douloureux des adversaires radicaux se réduit aussi à un seul membre, mon ami Pozzi. Je voulais lui répondre qu'il m'avait répondu sans m'avoir entendu, sans m'avoir vu faire, sans avoir suivi de malades. Depuis, il a lu ma communication, il m'a vu opérer, et il m'a déclaré n'avoir pas changé d'avis : je ne puis qu'exprimer ma tristesse, et espérer sa conversion.

3° Le gros du bataillon, celui qui cause ma joie extrême, Terrier, Bouilly, Richelot, Championnière, etc., m'a accordé que, dans certains cas, c'était la meilleure opération, la seule même.

Ils protestaient surtout contre ce que Richelot a appelé mes pensées de derrière la tête et ma tendance à la généralisation, tendance que je ne regrette d'ailleurs absolument pas d'avoir laissé percer.

Pour répondre, je vais prendre comme base la communication de M. Terrier, car elle a un caractère de précision absolument remarquable. Les faits y sont divisés en 4 groupes :

a. *Récidives de suppuration pelvienne après laparotomie.* Tout le monde, même M. Pozzi, m'accorde que l'hystérectomie vaginale est la seule opération possible.

b. *Pelvi-péritonite avec éponge purulente péri-utérine.* Tout le monde, sauf M. Pozzi, m'accorde victoire sur ce point. Je n'insiste pas. Mais ces cas sont exceptionnels.

c. *Poches purulentes énucléables*, dans lesquelles, d'ailleurs, il y a des variétés. Ici, le gros du bataillon est contre moi. Seul M. Terrier a dit : Je suis laparotomiste, par atavisme peut-être; mais j'accepte qu'on discute. Reprenons donc les arguments qu'on m'a opposé.

On m'a durement réprimandé d'avoir exagéré l'importance de la cicatrice abdominale. Mais d'aucuns n'ont-ils pas exagéré son peu d'importance. Pour les poches un peu difficiles à énucléer, il faut faire une grande incision, et on a une grande cicatrice avec ses inconvénients. La valeur est secondaire, mais non point nulle. J'ai opéré naguère de pyosalpingite une jeune fille, — il y en a, vous le voyez, M. Richelot, — par la laparotomie. Je l'ai revue il y a trois jours. Son cheval, quoique de fiacre, s'était emballé, la voiture s'était renversée et la cicatrice abdominale avait reçu un choc : j'y ai trouvé une hernie.

Pour le pronostic immédiat, je suis arrivé à 4 morts sur 24 cas, et vous m'avez écrasé sous les résultats meilleurs de vos centaines de laparotomies. Je vous avais cependant demandé crédit, et d'ailleurs à cet égard M. Championnière m'a tendu une main secourable. Je pourrais vous annoncer que depuis, j'ai 5 opérations, toutes heureuses; et ajouter de Reclus, de Larabrie, Peyrot, Nélaton. J'en compte 34, toujours avec 4 décès. Mais ces statistiques brutes n'ont pas grande importance. Ma conclusion est que dans les cas simples, où la laparotomie est très bénigne, l'hystérectomie n'est pas plus grave. Pour les cas complexes, la laparotomie est grave comme Terrier, Bouilly l'ont reconnu ; c'est dans ces cas que j'ai eu 3 morts sur 7 cas, et d'après M. Terrier c'est à peu près ce que donne la laparotomie. Eh bien ! je pense que même l'hystérectomie est un peu moins grave. J'ai perdu deux de mes opérées, femmes énormes, je vous l'ai dit, parce que je n'avais pas un outillage approprié à ces vagins immenses et colossaux, parce que j'ai manœuvré à l'aveugle le poing enfoncé jusqu'au coude. Aujourd'hui, je suis outillé. Dans ces cas graves, ce sont les adhérences, intestinales surtout, qui compliquent la laparotomie : mais moi, je respecte absolument ce dôme d'adhérences, c'est pour moi une indication à l'hystérectomie et je suis étonné que M. Reynier en ait tiré argument contre moi.

Pour le pronostic tardif, ici encore je vous ai demandé crédit. Je vous ai exposé mes raisons théoriques, je vous ai dit que toutes mes malades allaient bien jusqu'à présent : attendons.

Tous vous avez insisté sur la difficulté opératoire. Oui, c'est une opération difficile, à ne pratiquer qu'après l'avoir vue pratiquer. Mais M. Pozzi dit : opération aveugle ; je refuse ce qualificatif. Quand on la fait bien, on ne fait que ce qu'on voit ; mais pour y parvenir, il faut ne pas s'écarter du morcellement type. Sans quoi vous pataugez et vous faites, en effet, une opération aveugle et incomplète. D'ailleurs la laparotomie est-elle toujours complète ? Incomplète pour incomplète, je préfère l'hystérectomie, et ici encore l'avenir jugera.

d. *Salpingo-ovarites non suppurées*. Là tous, y compris Terrier, vous m'avez condamné. vous m'avez rappelé que dans ces cas la laparotomie donne des résultats immédiats étonnants. C'est vrai, mais la médaille a son revers, et c'est dans ces cas, aussi, que le résultat définitif est souvent mauvais. Je crois que par l'hystérectomie il sera meilleur: attendons et vous me ferez peut-être quelques concessions.

J'en arrive à deux arguments généraux dont l'un m'a été lancé surtout par M. Bazy : prenez garde à la dépopulation de la France ! Tranquillisez-vous, je la redoute autant que vous. Le diagnostic de la bilatéralité n'est pas toujours facile, je le sais; si je n'ai pas insisté c'est que je ne pouvais vraiment pas dans ma communication vous résumer toute la pathologie pelvienne de la femme. Je vous ai dit : Je n'opère ainsi que quand je crois la lésion bilatérale. Ceci me conduit à l'argument capital : les difficultés du diagnostic, la difficulté même de dire s'il y a du pus ; et par la ponction exploratrice quand on ramène du pus, l'impossibilité de dire s'il est dans la trompe, l'ovaire, le péritoine ou ailleurs. Ces difficultés m'ont, à moi aussi, ménagé bien des surprises de laparotomie. Je serais donc bien embarrassé pour vous répondre si, précisément, je n'avais, par bonheur, laissé percer mes pensées de derrière la tête. Oui, je généralise, et je vous dis : votre argument ne me touche que médiocrement parce que peu m'importe la nature des lésions. Ce qui m'intéresse, c'est la bilatéralité. Certes, on ne peut toujours l'affirmer, et alors, je vous dirai, comme Reclus : que le doute profite à la laparotomie. Mais quand on est certain de cette bilatéralité, qu'il y ait du pus ou autre chose, n'importe ; je vous répéterai : faites l'hystérectomie vaginale.

Hernie congénitale chez la femme.

M. Berger, après avoir rappelé les contestations sur le canal de

Nuck et sur la hernie congénitale chez la femme et après avoir insisté sur l'absence de preuves absolues sur l'existence de cette hernie, relate trois faits personnels probants.

Les deux premiers sont des hernies situées au-dessus d'un kyste du canal de Nuck.

1° Femme de 31 ans, hernieuse depuis une dizaine d'années, qui fut opérée parce que depuis un an environ elle supportait mal le bandage. Sous une lame dartoïque, puis sous un lacis veineux remontant le long du ligament rond, un sac fut incisé : mais c'était une cavité séreuse vide, et c'est seulement au-dessus d'elle que fut trouvé le sac, dont elle était séparée par une cloison transparente, sans trace de stigmates. Le sac, assez adhérent au ligament rond, put être bien disséqué jusqu'en haut.

2° Femme de 20 à 21 ans, porteur depuis quelques mois d'une petite hernie réductible dont elle demandait la cure. La disposition anatomique était identique à celle du cas précédent, mais le sac, d'une minceur extrême, fut très difficile à disséquer. Dans cette dissection, 8 centim. environ du ligament rond furent attirés au dehors et la trompe apparut alors tout près de l'orifice.

Ces kystes n'étaient certainement pas des kystes sacculaires, ni des hygromas herniaires. La seule explication admissible est de les rattacher au canal de Nuck ; malgré les négations de Duplay et de Rabère, ce canal existe quelquefois à la naissance. Feré, H. Sachs l'ont nettement vu, à droite surtout, et les deux femmes de M. Berger portaient leur hernie à droite. Dans ce canal, Sachs a décrit avec soin — comme Ramonède dans le canal péritonéo-vaginal, — un vestibule rétro-pariétal, des cloisonnements complets ou incomplets. C'est des cloisonnements complets que relèvent les kystes. Et souvent en opérant des hernies inguinales chez la femme, M. Berger a vu des brides, des valvules, des diaphragmes : à son sens, cela prouve que la hernie est congénitale. L'an dernier, dans les archives de Lengenbeck, Wechselmann a décrit les kystes du canal de Nuck, leur adhérence au ligament rond, leur union au péritoine par un pédicule fibreux. Sur plus de 60 cas, 3 fois seulement il y avait hernie concomitante. L'adhérence au ligament rond est un caractère net de la hernie congénitale : tout comme chez l'homme, l'adhérence au canal déférent ? Un kyste concomitant est encore une preuve certaine. Les cloisonnements incomplets, sans trace de stigmates, sont un caractère de probabilité. De

même, le lacis vasculaire autour du sac, la lame dartoïque : mais il y a des hernies acquises à sac dartoïque.

Le troisième fait de M. Berger est relatif à une femme ayant dépassé la quarantaine, chez laquelle une hernie, déjà étranglée plusieurs fois, et même opérée une fois, s'étrangla de nouveau et fut alors débridée, puis le sac extirpé. Or, cette hernie était nettement en bissac : très volumineuse, elle avait une poche dans la grande lèvre et une autre au-dessus de l'arcade de Fallope. Cette poche supérieure, qui cliniquement semblait sous-cutanée, était en réalité entre l'aponévrose du grand oblique et le fascia transversalis. C'était donc un diverticule semblable au sac de la hernie interstitielle de l'homme et cette disposition n'est guère possible que si la hernie est congénitale, d'autant mieux qu'après incision, M. Berger a constaté un fait dans lequel Meinhardt Schmidt insiste pour la hernie interstitielle de l'homme : le déjettement en haut et en dehors de l'anneau inguinal interne. M. Berger n'a pu trouver que deux cas analogues, dus à James Luke et à Golding Bird.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séances des 12 février et 14 mars 1891 (1).

Présentations : OLIVIER. — Des **instruments permettant de faire le curettage sans aides.** *Discussion :* DOLÉRIS. — D'après les renseignements qu'il a tirés de son expérience, estime que, d'une manière générale, ces instruments fixateurs sont plus gênants qu'utiles, et qu'ils ne sauraient remplacer deux aides expérimentés. OLIVIER répond que la présence des différentes pièces de son appareil ne gêne en aucune façon l'action du chirurgien, et que, d'autre part, on ne dispose pas toujours de deux aides expérimentés.

MAYGRIER. **Fœtus du poids de 13 livres et demie.** — Ce fœtus

---

(1) PORAK fournit quelques renseignements complémentaires au sujet de l'observation communiquée dans la dernière séance « *prolapsus de l'utérus et allongement hypertrophique du col, etc.*) ». Un examen pratiqué 2 mois après l'avortement, permit de préciser le diagnostic : il s'agissait d'un allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col, compliqué d'un propalsus de l'utérus en totalité. Voir : *Ann. de gyn. et d'obst.*, mars 1891, p. 219.

ayant succombé au cours du travail, probablement des suites de la procidence du cordon, contre laquelle il ne fut fait aucune tentative de réduction, fut trouvé, après l'écoulement des eaux, en S.I.D.A. Il dut être extrait, et l'extraction ne se fit qu'après plusieurs heures de tractions extrêmement vigoureuses, exercées d'abord sur une jambe qu'on avait réussi à abaisser. Seul, le dégagement de la tête se fit facilement. *Discussion :* PAJOT rappelle le conseil de Mauriceau, « il ne faut pas marier une petite femme avec un homme à larges épaules ». CHARPENTIER signale le travail dans lequel La Torre (de Rome) a démontré l'influence prépondérante du père sur le développement physique de l'enfant.

GUÉNIOT. **Opération césarienne avec suites heureuses pour la mère et pour l'enfant.** — ..... 23 ans, primipare, rachitique, diamètre promonto-pubien, 66 millim. environ. A 8 mois 1/2 de grossesse, on provoque l'accouchement, et, quand la dilatation est suffisante, on fait, sans succès, deux tentatives de version. Comme l'enfant vit, que, du reste, l'extraction par les voies naturelles paraît impossible, on se décide à pratiquer l'opération césarienne qui est faite 19 heures après l'écoulement du liquide amniotique. L'incision utérine tombe en plein tissu placentaire, mais, grâce à la constriction énergique exercée par l'assistant autour du pédicule utérin, il s'écoule à peine du sang. L'utérus avait été, à mesure que s'opérait l'extraction de l'enfant, attiré au dehors du ventre, de façon à éviter, autant que possible, toute contamination de la cavité abdominale par les liquides utérins, la nécessité d'un nettoyage de cette cavité, et cela dans le but de gagner du temps, « condition très importante pour le succès ». Suture utérine et suture abdominale faites avec des fils de soie ; les fils passant, pour la première, dans l'épaisseur des lèvres de la plaie sans pénétrer dans la cavité de l'organe ; intéressant au contraire le péritoine pour la seconde. L'enfant, amené vivant, et qui a vécu, pesait 2400 gr. *Suites de couches :* les 2 premiers jours, grande prostration, sorte de choc opératoire ; pendant les 12 jours suivants, alternatives de fièvre très légère (37°,4) et de fièvre plus intense (38°,9), dues à la suppuration au niveau de la suture abdominale. 30 jours après l'opération, la guérison de la mère était complète, et l'enfant, allaité par une nourrice, en bonne voie de développement.

BAR. **Tumeur pelvienne, opération césarienne. Présentation de**

la femme. — ..... 23 ans, primipare, se présente à 8 mois de grossesse. On constate, obstruant la partie droite du bassin, une tumeur, à surface bosselée, et fournissant, à la pression du doigt, une sensation de crépitation. Entre la face antérieure du sacrum et la symphyse, distance d'environ 7 centim. Opération césarienne vers le terme, avant tout début du travail. Opération régulière, sauf une hémorrhagie assez sérieuse qui survint après l'extraction du fœtus et du placenta. On fait une injection d'ergotinine, une éponge est appliquée dans la cavité utérine, et on se hâte de suturer l'utérus. Avant de serrer les 2 derniers fils, l'éponge est retirée. — 8 fils de soie furent placés sur l'utérus, leurs anses ne comprenaient pas la muqueuse. La plaie abdominale fut également suturée avec des fils de soie. Suites opératoires excellentes. *Guérison.*

PORAK. **Opération césarienne avec succès opératoire dans un cas de cancer du col.** — .... 30 ans, IIIpare, atteinte d'un cancer du col empiétant sur le cul-de-sac postérieur. On tint compte, en raison de l'état d'incurabilité de la femme, des intérêts de l'enfant, quant au choix du mode d'intervention. L'opération césarienne fut décidée et retardée jusqu'après l'établissement du travail, dans l'espoir de se garer ainsi, plus sûrement, des dangers de l'hémorrhagie. L'opération fut faite 12 heures après le début de l'accouchement, et, l'on fit, après la sortie de l'enfant et du placenta, 2 injections d'ergotine et une injection intra-utérine d'eau chaude. Perte de sang modérée. Suture utérine, composée de 8 points de suture profonde et de 12 points de suture superficielle, avec de la soie phéniquée (on se borne à affronter aussi exactement que possible le péritoine à lui-même sans chercher à le disséquer de la couche musculaire sous-jacente ; on cherche à passer les sutures au-dessus de la muqueuse). *Suites opératoires très bonnes*, 21 jours après la femme se levait. Mais, plus tard, son affection cancéreuse faisant des progrès elle dut être transférée dans un autre service. Quant à l'enfant, qui pesait 2720 gr. à sa naissance, en dépit des soins extrêmes qu'on prit de lui, il se développa d'une manière imparfaite, et de son état au moment où il quitta l'hôpital, on pouvait augurer qu'il ne survivrait pas. L'auteur se demande si ce défaut de vitalité de l'enfant ne dérivait pas de la déchéance cancéreuse de la mère, et s'il n'en est pas généralement ainsi. Auquel cas, il y aurait lieu de modifier les indications d'une opération faite dans l'intérêt des enfants

aux risques de la mère. En ce qui concerne la technique opératoire, Porak insiste particulièrement sur la suture utérine, et considère comme étant d'une importance très secondaire : la dissection d'un lambeau de la musculeuse utérine, la précaution de ne pas faire passer dans la cavité utérine les sutures profondes, et l'application à la suture utérine superficielle des principes de la suture intestinale de Lembert.

Discussion : CHARPENTIER signale 2 observations d'opérations césariennes pratiquées par Jeannel (de Toulouse) pour cancer du col, avec double succès immédiat. Mais les 2 femmes succombèrent à la cachexie cancéreuse, et les enfants ne purent être élevés ; cette dernière circonstance paraît justifier la remarque de Porak touchant le défaut de vitalité des enfants issus de cancéreuses. MM. GUÉNIOT et BAR, malgré les divergences secondaires qui existent dans les considérations qu'ils ont émises, s'accordent sur les points essentiels de l'opération : antisepsie rigoureuse ou mieux asepsie, opérer vite de façon à diminuer autant que possible les effets du choc ; prendre des précautions contre l'hémorrhagie (injections d'ergotine, d'ergotinine, etc.) ; M. Bar croit qu'on s'effraie trop des dangers d'hémorrhagie. DOLÉRIS insiste sur les dangers du choc opératoire, dans la pathogénie duquel il introduit, indépendamment de la gravité de l'acte opératoire en lui-même, l'état de grossesse et le fait de l'accouchement par des voies anormales. MM. BUDIN et CHAMPIONNIÈRE, ce dernier en s'appuyant sur des cas où il dut pratiquer l'opération de Porro pour maîtriser une hémorrhagie violente, n'acceptent pas l'opinion optimiste de Bar sur ce genre d'accident, et déclarent qu'il faut toujours se tenir prêt à y parer, si l'on ne veut pas courir le risque de voir l'opérée succomber en quelques instants. PAJOT a vu P. Dubois pratiquer, 10 fois, l'opération césarienne. Il ne croit pas que ces cas suffisent pour fixer des lois, et tirer des conclusions définitives. Certaines malades ont des hémorrhagies insignifiantes. D'autres, au contraire, ont été prises d'écoulements de sang véritablement effrayants. Il s'associe pleinement aux réserves de Budin et Championnière. Il a fait une fois l'opération césarienne ; la femme est morte d'hémorrhagie.

LABUSQUIÈRE. **Note à propos de l'observation de M. Lefour d'une dame chez laquelle l'annonce de l'accouchement prématuré serait provoqué le lendemain a suffi pour déterminer l'apparition des con-**

tractions utérines, etc. — Relation d'une observation analogue à celle citée par Lefour. Seulement, dans le cas actuel, la coïncidence curieuse relevée 4 fois par Lefour chez sa cliente, ne s'est produite qu'une fois, pour raison majeure du reste, la dame étant à sa première grossesse.

HIRIGOYEN. **Utérus bicornis. Deux grossesses, deux présentations du siège, deux enchatonnements du placenta. Guérison.** — Le premier accouchement, sauf une hémorrhagie qui nécessita l'extraction manuelle du placenta, ne présenta rien de bien extraordinaire. Cette extraction se fit sans difficulté ; d'autre part, l'enfant né en état de mort apparente, put être ranimé. Dans la deuxième grossesse, on essaya de transformer la présentation pelvienne par la version par manœuvres externes, tentatives qui furent fort douloureuses et qui échouèrent. Après la sortie de l'enfant, venu en état de mort apparente et qui ne put être ranimé, une hémorrhagie abondante imposa l'extraction manuelle du délivre. Mais cette fois, on trouva que la corne droite était refermée sur le placenta, qu'elle contenait dans son intérieur en formant une sorte de poche, surajoutée à la cavité utérine et fermée comme une bourse par un repli musculaire saillant et très résistant. Il ne put être enlevé que quelques fragments des annexes fœtales. Comme la femme présentait tous les signes des grandes hémorrhagies, il fut fait 2 injections d'ergotine, le lendemain, le placenta était expulsé sans nouvelle hémorrhagie. *Guérison.*

Présentations : PORAK. **Femme opérée par la laparotomie pour une grossesse extra-utérine.** — La grossesse datait de 11 mois ; l'enfant avait cessé de remuer au 9e mois. Il n'y avait eu ni faux travail, ni montée du lait. Le ventre et le kyste ouverts, le fœtus fut extrait, puis, le kyste ayant été libéré autant que possible de ses adhérences, fut attiré au dehors, et la portion attirée au dehors, qui comprenait le placenta, fut excisée. Suture de la portion restante du kyste au péritoine et à l'aponévrose de la ligne blanche, et tamponnement à la gaze iodoformée de la cavité kystique. L'opération avait été faite le 25 décembre ; le premier pansement fut fait le 2 janvier, puis renouvelé tous les 4 à 5 jours. Cicatrisation longue de la plaie, qui, le 14 mars, mesure encore près de 2 centim. carrés. Suites opératoires excellentes.

Discussion : DOLÉRIS. — Il s'agit en pareil cas, de grossesse tubaire. Or, il y a intérêt à réséquer largement la tumeur, parce que

la muqueuse de la trompe qui reste, continue à sécréter. Il en résulte des clapiers très difficiles à guérir, à moins d'une destruction complète soit par le caustique, soit par de nouvelles opérations. PORAK objecte qu'il n'y a pas de clapiers, qu'il s'agit en somme d'une plaie à niveau de l'incision abdominale.

DOLÉRIS. 1) **Fibromes multiples de l'utérus traités par l'énucléation sous-péritonéale.** — Au moyen de cette méthode, imaginée par Martin, Doléris a pu enlever 10 fibromes à deux sœurs, 5 à chacune. Les principaux temps de l'intervention sont : l'incision de la séreuse qui recouvre la tumeur fibreuse, l'ouverture de la poche, la décapsulation de la tumeur, la fermeture de la loge par 2 sutures au catgut (un étage profond et une suture séro-séreuse continuée en surjet). Dans les 2 cas, les suites ont été satisfaisantes. Les conditions de ce mode d'intervention sont au nombre de deux : *âge peu avancé de la malade; tumeur de petit et moyen volume.*

2) **Traitement du pédicule simplifié dans l'hystérectomie abdominale.**

Doléris préfère le traitement extra-péritonéal auquel il a fait subir les modifications suivantes :

1) Evidement du pédicule jusqu'à n'avoir plus qu'une sorte de collerette membraneuse, un cône dont le sommet, affilé de plus en plus au fur et à mesure de l'évidement, redescend dans la plaie abdominale assez pour diminuer les tractions. 2° La cautérisation de cette collerette jusqu'à obtenir une feuille de parchemin épais. 3° La suture des bords de ce pédicule lamellaire, à la soie, de façon à le ficeler nombre de fois à la manière d'un bouchon de vin de champagne. Ainsi réduit à la grosseur d'un petit marron dur, les broches ne le peuvent plus déchirer par l'excès de traction. 4° Au huitième ou au dixième jour, on retire les broches et on laisse le pédicule descendre dans le ventre, après résection de la partie extrême, ficelée. 5° vers le 15e jour, on sectionne le lien en caoutchouc dans la profondeur de la plaie en attirant un peu le moignon descendu, ce qui est toujours très aisé, si on a conservé un fil sur le caoutchouc pour le promener à l'extérieur. 6° On laisse enfin s'éliminer les débris sphacélés, peu abondants, ce qui n'empêche pas de pratiquer sur l'ouverture abdominale 2 à 3 points de sutures profondes, en ménageant, au milieu, la place d'un drain. Le bourgeonnement se fait rapidemeut et on peut dire qu'un mois

suffit presque à sa terminaison. Dès le 10e jour, la plaie n'a plus l'aspect d'une plaie d'hystérectomie, mais plutôt celui d'une section abdominale ordinaire avec un petit pertuis linéaire à l'angle inférieur. 7° Les poudres antiseptiques ne sont nécessaires qu'en petite quantité, grâce à la siccité du moignon rôti par le cautère.

VERRIER. **Sur l'albuminurie pendant la grossesse et après l'accouchement : influence de l'accouchement provoqué.** — 1) Influence fâcheuse de l'accouchement provoqué chez une femme enceinte albuminurique ; 2) éclampsie survenue après albuminurie guérie par le traitement ; 3) amaurose albuminurique pendant la grossesse ; 4) éclampsie au 8e mois, persistance de l'albuminurie après l'accouchement ; 5) éclampsie au 8e mois, forceps, persistance de l'albuminurie après l'accouchement ; 6) albuminurie dans la grossesse. Éclampsie pendant 4 grossesses successives. Avortements provoqués. Guérison. De ces faits, l'auteur dégage les conclusions suivantes : a) l'accouchement prématuré ne fait pas toujours cesser l'albuminurie, ou du moins il ne prévient pas les attaques d'éclampsie; P. Dubois y avait renoncé; b) même après une albuminurie guérie par un traitement rationnel, régime lacté ou tout autre, l'éclampsie peut encore se manifester ; c) l'albuminurie peut persister longtemps après l'accouchement, après, par conséquent, que toute compression, nerveuse et vasculaire, a disparu; d) les phénomènes disparates observés chez ces sujets semblent autoriser à invoquer des prédispositions personnelles ou idiosyncrasiques ou bien encore l'influence de quelque diathèse héréditaire, souvent difficile à déterminer.

Discussion : CHARPENTIER et BUDIN estiment que les observations sur lesquelles s'appuient l'auteur ne sont pas suffisamment comparables ; qu'il n'a pas été suffisamment établi s'il s'agissait d'éclamptiques ou de brightiques vraies ; JOUIN fait observer que c'est bien moins à l'albuminurie elle-même qu'à l'analyse de l'urine qu'il faut demander, sinon le diagnostic, du moins le pronostic des lésions rénales.

BAR et LAMOTTE. **Note sur un fœtus né vivant qui avait été atteint de tumeur kystique des reins ayant entraîné une anurie absolue, de l'oligohydramnie et consécutivement à celle-ci des malformations multiples.**

LOVIOT. 1) **Absence de l'utérus et du vagin**, constaté chez une femme de 21 ans, qui n'avait jamais été réglée, mais qui, depuis plu-

sieurs années, était sujette à des crises douloureuses, venant à des périodes mal déterminées ; 2) **cas de rétention du délivre pendant 52 heures, après un accouchement spontané à terme. Délivrance artificielle. Guérison.**

R. L.

REVUE ANALYTIQUE

THÉRAPEUTIQUE ET OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES

Du traitement du prolapsus du cordon ombilical. (Die Therapie bei prolapsus funiculi umbilicalis). TH. SCHRADER. Th. Berlin, 1890 et *Cent. f. Gyn.*, n° 9, 1891, p. 185.

Dans les cas de présentations transversales, expectation jusqu'à dilatation suffisante, puis version suivie d'extraction. Quand c'est l'extrémité pelvienne qui se présente, il ne faut pas se presser d'extraire ; quand c'est le siège décomplété, il convient, en certains cas, d'abaisser un pied. Dans les présentations du sommet, le forceps est indiqué si, toutefois, les conditions nécessaires de son application se trouvent réalisées ; si la tête est mobile et la dilatation suffisante, c'est la version qu'il faut pratiquer et la faire suivre de l'extraction. La dilatation étant insuffisante, il faut tenter la réduction du cordon, et, au cas d'insuccès, s'efforcer de supprimer la compression qu'exerce le crâne sur le cordon.

R. L.

Du traitement de l'avortement. (Zur Behandlung der Fehlgeburt). S. CHASAN. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 4, p. 81.

Partisan résolu, jadis, de la méthode active, à cause des résultats excellents, qu'il en avait vu retirer à la clinique de Dresde, dans le service du professeur Leopold, l'auteur, instruit aux difficultés de la pratique, est devenu moins exclusif. Il estime d'ailleurs qu'aucune méthode ne convient à tous les cas, et qu'il faut s'inspirer des conditions spéciales à chacun d'eux. Il a, en particulier, obtenu dans des avortements récents, où l'activité utérine n'était pas déjà complètement épuisée, les meilleurs résultats du tamponnement. Il a même, dans ces circonstances, contrairement

aux observations de Dührssen, constaté, « non pas exceptionnellement, mais comme fait habituel, l'expulsion spontanée de la caduque vraie ». Le tamponnement doit réaliser trois conditions : 1) *être aseptique* ; 2) *arrêter l'hémorhagie* ; 3) *renforcer les contractions utérines*. La première condition est réalisée aisément, au moyen de coton imbibé de solution phéniquée à 3-5 p. 0/0, ou de gaze iodoformée.

Mais, il est plus difficile d'assurer la seconde, chez les multipares et principalement chez celles qui sont atteintes de déchirures du périnée ; en pareil cas, il devient nécessaire de tamponner la cavité cervicale. Le tamponnement peut être fait sans aucun instrument, sans aucune assistance. 2 doigts étant poussés jusqu'au fond du vagin, repoussent fortement en arrière la paroi postérieure de cet organe. L'opérateur conduit ensuite sur ces doigts les pièces du tampon, et tamponne successivement le cul-de-sac postérieur, l'orifice externe, et ensuite tout le vagin. Le tampon, ainsi fait, a l'avantage de comprimer les centres nerveux situés dans la paroi antérieure et de provoquer des contractions énergiques, ce qui amène la réalisation de la 3e condition, renforcer les contractions de l'utérus.

R. L.

Contribution à l'étude de la version avec saisie d'un seul pied. — (Zur Lehre von Wendung auf einen Fuss. Nagel. *Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd XXXIX, Hft 3, p. 436.

D'accord avec l'opinion actuelle, l'auteur est parfaitement d'avis qu'on peut opérer la version en tirant sur un seul pied. D'autre part, il estime que, dans les dorso-postérieures, il faut, autant que possible, chercher à saisir le pied supérieur. Car, la jambe déployée, si l'on a soin en même temps qu'évolue le fœtus d'imprimer à celui-ci un mouvement de rotation autour de son axe longitudinal, se porte immédiatement en avant, en arrière de la symphyse, et successivement le sacrum, la colonne vertébrale, et l'occiput se portent en avant, conditions capitales pour la terminaison de l'accouchement. Les faits cliniques démontrent, du reste, que lorsque la jambe déployée arrive d'abord en arrière, dans la concavité du sacrum, cette jambe finit toujours par se diriger en avant et se mettre en arrière de la symphyse. Mais, si le fait a été constaté, le mécanisme qui y préside reste inconnu. Et cependant, il y aurait utilité à le bien connaître, pour ne pas risquer de le con-

trarier, surtout dans des cas où il est urgent, pour une raison quelconque, de terminer rapidement l'extraction. C'est ce point spécial que l'auteur s'est proposé d'étudier, et il a, dans ce but, utilisé 18 observations, de la policlinique obstétricale et gynécologique de Berlin. Or, *dans tous les cas, la jambe déployée en arrière s'est portée en avant, de telle façon que le dos de l'enfant est passé devant le promontoire ; jamais le dos n'est venu en avant, par le plus court chemin, c'est-à-dire en suivant la paroi pelvienne de la moitié du bassin dans lequel il se trouvait après la version,* d'où le conseil : il convient, déjà quand on abaisse le pied inférieur dans les dorso-postérieures, le pied supérieur dans les dorso-antérieures, de favoriser le sens naturel de la rotation, c'est-à-dire le passage du dos devant le promontoire ; cela permet de hâter l'extraction tout en évitant de contrarier le mécanisme naturel de cette rotation.

R. L.

Version céphalique avant le travail dans les présentations du siège ; conduite à tenir dans les occipito-postérieures. (Céphalie version previous to labour for breech presentation also suggestion for the treatment of occipito-posterior position), par G. R. SOUTHVICK, de Boston. *Am. J. of obst.*, oct. 1890, p. 1064.

L'auteur recommande de faire la version à l'aide d'une main placée à l'extérieur, et de deux doigts placés sur le col. Quand il a réussi à ramener la tête du fœtus à l'orifice du détroit supérieur il place un bandage modérément serré, « au bout d'un jour ou deux l'utérus et le fœtus se sont accommodés, et le bandage devient superflu ».

Lorsque l'occiput est dirigé en arrière, Southwick conseille de faire coucher la femme sur le côté vers lequel est tourné le dos du fœtus. Les mouvements de celui-ci tendent à faire tomber l'occiput en avant.

L'auteur fait cette manœuvre environ 15 jours avant le terme de la grossesse.

Si le bassin est rétréci, elle est contre-indiquée.

A. C.

De l'application du forceps sur la tête dernière. (Die Anwendung der Zange am nachfolgenden Kopfe). STAEDLER. *Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd XL, Hft 1, p. 129.

Schröder avait érigé, en pratique, la règle suivante : la tête venant dernière, il faut tenter l'extraction par les manœuvres manuelles (principalement, le procédé de Veit) ; au cas d'échec, pratiquer la perforation. Et la grande autorité de Schroeder fit accepter cette proposition par beaucoup d'accoucheurs. L'auteur pense toutefois que la formule est par trop absolue, et qu'il est possible, en certains cas, de sauver encore au moyen du forceps, sans augmenter les dangers courus par la mère, des enfants qu'on n'aura pas réussi à extraire par les manœuvres manuelles. Cette opinion est basée sur 10 observations recueillies dans le service du prof. Bischoff, à la clinique de Bâle. Elles se décomposent de la façon suivante : *mères*, 5 fois bassin normal, 1 fois bassin généralement rétréci, 1 fois bassin rétréci au détroit inférieur, 3 fois bassin plat ; *enfants :* 3 fois présentation transversale, 2 fois présentation du siège, 3 fois présentation des pieds, 1 fois présentation du sommet, 1 fois présentation de l'épaule. *Résultats :* 2 enfants venus morts ; chez l'un, on avait dû faire la perforation, chez l'autre la mort fut produite par la compression du cordon. Des 8 autres enfants, 7 naquirent en état d'asphyxie profonde, 1 en état d'asphyxie légère ; tous furent ranimés. Cependant, l'un d'eux succomba 20 minutes après la naissance, un second 2 heures après l'accouchement, tué par les convulsions. Des mères, une seule fut légèrement blessée, mais elle guérit rapidement, et toutes les autres eurent des suites de couches heureuses. Voici les résultats obtenus par différents opérateurs, en ce qui concerne les enfants, par l'application du forceps sur la tête dernière :

Kormann.....	4 cas,	1 enfant mort,		mortalité,	25 p. 0/0.
Fischer.......	20	7	—	—	35
Credé.........	16	4	—	—	25
Bischoff.......	10	2	—	—	20
Total...	50	14	—	—	28

Résultats qui justifient l'application du forceps sur la tête dernière.

R. L.

Du traitement de l'accouchement dans les positions postérieures du sommet. (Zur Behandlung der Geburt in Schädellage bei nach hinten gerichtetem Hinterhaupte). J. MEYER. *Arch. f. Gyn.*, Bd XL, Hft 1, p. 94.

Dans 3 cas, l'auteur a réussi par des manœuvres manuelles,

internes et externes combinées, à favoriser la rotation en avant, de sommets en position postérieure, et légèrement défléchis. Pour que le procédé soit réalisable, il faut que la dilatation permette au moins l'introduction de deux doigts. D'autre part, la chloroformisation améliore toujours les conditions de l'intervention. « La petite fontanelle étant orientée à droite, c'est la main gauche qui agira dans le vagin, soit la moitié de la main ou seulement deux doigts au cas d'étroitesse de cet organe. Les doigts de l'opérateur doivent être portés à la hauteur de l'articulation sacro-iliaque, ce qui exige, parfois, qu'on repousse un peu, en haut, la tête fœtale. Les doigts, appliqués aussi haut que possible sur l'occiput, exercent à ce niveau une pression douce et uniforme, dirigée en bas et en avant. De son autre main, l'opérateur repousse, en arrière, à travers la paroi abdominale, le menton qui se trouve en général un peu au-dessus de la branche horizontale du pubis du côté opposé, en bien évitant de le pousser en bas. Un assistant exerce, simultanément, sur le siège une pression dirigée suivant l'axe de la matrice, et en repoussant les jambes du fœtus en arrière, tâche de faire exécuter parallèlement au corps du fœtus le mouvement de rotation imprimé à la tête. Cela fait, on peut suivant les indications, terminer rapidement l'accouchement avec le forceps. En terminant, l'auteur préconise vivement ces manœuvres manuelles, rappelle le travail d'E. Blanc (1), relatif au même sujet, et antérieur au sien, mais dont il n'avait pas connaissance quand il fit sa première communication au congrès de Berlin.

R. L.

Un cas d'opération césarienne (The cesarian operation with the report of case), par A. P. Dudley. *Am. J. of obst.*, 1890, p. 712.

L'auteur n'est pas partisan de l'opération de Porro.

Le sujet de son observation a 16 ans, taille 4 pieds et demi. Sa mère ne la sait pas enceinte ; elle l'est de 5 mois. La mère, catholique, refuse la provocation de l'accouchement.

Le 14 février 1889, le travail commence, le lendemain, les eaux s'écoulent en partie, après 24 heures de travail, qui n'ont point épuisé la parturiente, on l'anesthésie, Dudley fait une incision de

(1) De la correction manuelle des occipito-postérieures persistantes. *Lyon médic.*, nos 3, 4, 6.

15 cent, et place un tube de caoutchouc autour du fond de l'utérus, pour l'amener au contact de la paroi abdominale.

L'incision utérine rencontra le placenta, inséré sur toute la face antérieure ; il fallut le détacher promptement, et extraire l'enfant par les pieds. La traction exercée par un assistant sur le tube qui entourait l'utérus, l'amena au dehors.

Aucun liquide ne s'écoula dans l'abdomen.

L'utérus fut nettoyé soigneusement avec du sublimé qui causa une forte rétraction.

. Dudley fit les sutures avec du catgut, puis un bon lavage du péritoine avec de l'eau chaude (43°). L'opérée se remit sans accident, et allaita dès le 6e jour.

A. C.

Contribution à l'étude de l'opération césarienne. (Beitrag zur Kaiserschnittsfrage). P. RUGE. *Zeit f. Geb. u. Gyn.* Bd XX, Hft 1. p. 93.

L'auteur a pratiqué, avec un double succès, l'opération césarienne chez une femme âgée de 29 ans, VIpare, à bassin rachitique, diam. promonto-pubien, 10 centim. A ne considérer que les résultats fournis par la mensuration pelvienne, il n'y avait qu'indication *relative* à l'opération césarienne, et si l'opération a été faite, c'est seulement devant le désir formellement exprimé par la mère d'avoir un enfant vivant. Des 5 premières grossesses, la 1re était allée à terme, et l'accouchement, après un travail actif de 3 jours,avait dû être terminé par la craniotomie. La 5e grossesse était allée jusqu'à 4-5 semaines du terme normal, et l'accouchement avait abouti à l'expulsion spontanée d'un enfant, né vivant, mais qui succomba 5 heures environ après sa naissance, de faiblesse congénitale. Les autres grossesses s'étaient terminées par une fausse couche à 6 mois 1/2 (enfant mort) et 2 avortements.

Opération. — Elle fut pratiquée quelques heures après le début du travail. Comme technique opératoire, à noter seulement le mode de suture utérine, une suture profonde, composée de 5 fils de soie, allant d'un côté à l'autre de la plaie utérine et comprenant le péritoine et toute la musculeuse, mais sans intéresser la caduque, suture destinée à renforcer une suture en étage au catgut. Les fils profonds ne furent noués qu'après la terminaison de la suture au catgut. De plus, on appliqua quelques points superficiels avec

de la soie fine dans les endroits où le péritoine n'était pas exactement adossé au péritoine. Suites opératoires très régulières, sauf une élévation de la température jusqu'à 38°,5, le 7e jour. La malade se leva le 16e jour après l'opération. Revue 3 mois après environ elle était, ainsi que son enfant, en parfaite santé. Son utérus encore un peu gros, adhérait à la paroi abdominale, circonstance qui, selon l'auteur, serait plutôt favorable, le cas échéant, pour une nouvelle opération.

Réflexions. — Depuis que Sänger a publié son premier travail, bon nombre de cas d'opérations ont été relatés, et on n'a enregistré qu'une faible mortalité. Il est certain, toutefois, que si l'on faisait une statistique complète, si l'on comptait les cas de mort non publiés, le taux de la mortalité s'élèverait. Et même, à défaut de cela, on ne saurait méconnaître que *la section césarienne est toujours une opération pleine de dangers*. Aussi, doit-on se garder de la dépeindre aux médecins comme une opération bénigne et facile, il faut au contraire insister sur sa gravité. Il ne s'agit pas ici, comme par exemple pour l'extirpation d'un ovaire, d'une simple laparotomie ; car, *des circonstances spéciales, multiples concourent à rendre le pronostic plus grave que dans une ovariotomie*. C'est d'abord, *l'atonie de l'utérus*, puis *l'influence physiologique sur le processus de cicatrisation des contractions utérines*. Il n'est pas possible que les surfaces cruentées restent exactement en contact malgré les contractions secondaires. Il est vrai que cet inconvénient peut être évité jusqu'à un certain degré, mais jusqu'à un certain degré seulement, par la suture, suture continue au catgut, parce qu'elle permet de tenir adossées de petites surfaces. Il faut également mettre en ligne de compte *les troubles du processus thrombosique physioloque*, principalement quand le placenta siège sur la paroi antérieure ; enfin, se souvenir que, *physiologiquement, par la production des lochies il se fait, dans le voisinage immédiat de la plaie, des suppurations*, qui ne peuvent qu'agir défavorablement sur la bonne cicatrisation de la musculeuse.

De ces considérations il ressort que l'heure n'est pas venue, si elle vient jamais, où l'indication relative de l'opération césarienne doive faire considérer ce mode d'intervention comme le seul justifié dans ces cas. Sans doute un opérateur habile, familiarisé avec l'opération, est autorisé, l'enfant étant vivant, à la proposer

à la mère ; mais il faut se garder de trop insister quand on est en présence d'une femme peu disposée dans ce sens.

Il est indéniable que l'*application de la suture est, dans l'opération césarienne d'une importance capitale.*

Les chances favorables seront d'autant plus grandes que la suture sera plus soigneusement faite, que les surfaces musculaires, que le péritoine seront plus exactement coaptés. Toutefois, *il n'est ni possible ni indispensable d'imposer un mode unique de suture. Il importe seulement d'apporter autant de soin à réunir la plaie de la matrice, qu'on en met pour une plaie quelconque quand on veut obtenir la réunion par première intention.* On ne peut tenir la plaie utérine pour bien réunie que si les surfaces utérines et le péritoine sont exactement adossés. Comme, parfois, la suture profonde suffit à obtenir complètement cette coaptation, il est clair que, dans ces cas, pas n'est besoin de suturer séparément le péritoine. Lorsqu'au contraire, la suture profonde à la soie, ou au catgut ou la suture au catgut en étage étant faite, on s'aperçoit que les bords de la séreuse sont trop écartés, on met à volonté et suivant qu'il est nécessaire des points de suture superficiels. Il appartient également à l'opérateur de choisir, pour les sutures, à son gré et d'après son expérience, telle ou telle substance : soie, catgut, etc.

D'une manière générale, et sans proscrire les autres procédés de suture, l'auteur donne la préférence au suivant : *suture continue et en étage au catgut. Quelques points de suture profonde à la soie dans le but de consolider, de renforcer la suture au catgut. Autant de points superficiels à la soie ou au catgut, qu'il est nécessaire pour bien rapprocher les bords du péritoine.*

R. L.

Opération césarienne, 1 succès. (A successful case of cesarian section), par F. M. Donohne de New Brunswick. *Am. J. of Obst.*, 1890, p. 508.

La malade avait un fibrome de l'ovaire droit qui rendait impossible l'accouchement par les voies naturelles.

Donohne ne la vit qu'après cinq jours de douleurs. Il fit l'extraction du fœtus par la tête et ferma la plaie utérine au moyen de deux rangs de sutures l'une comprenant la caduque, l'autre le pé-

ritoine seul, et ne chercha pas à enlever la tumeur, qui était trop adhérente.

Il ferma la plaie abdominale par trois rangs de sutures.

Le 4e jour, la température de l'opérée monta à 39°,4.

La tumeur a diminué de volume.

L'enfant n'a vécu que vingt minutes. D. crut pouvoir attribuer sa mort, au fait que le placenta était détaché presque totalement avant la sortie du fœtus.

A. C.

Opération césarienne. In *Bulletin de la Société des médecins et naturalistes de Jassy*, janvier 1890, p. 7. *Jassy. Société des médecins et naturalistes de Jassy* (Roumanie).

Le Dr Bejan rapporte une observation intéressante d'opération césarienne. La malade ne mesurait qu'un mètre et 10 centim. C'était un type de phocomèle. Elle subit une première opération césarienne en mai 1888 — et c'est en mai 1890 qu'elle se présenta à la maternité de Jassy avec tous les symptômes d'un accouchement imminent. Après avoir mesuré les diamètres du bassin, l'opération césarienne fut décidée et pratiquée. L'enfant fut extrait vivant et a vécu, mais la mère mourut de péritonite généralisée.

Le Dr Basvoki reproche à Bejan de ne pas avoir pris toutes les précautions antiseptiques nécessaires pour désinfecter rigoureusement autant la patiente que la pièce dans laquelle on l'a opérée. De plus, étant donnée la minceur de la paroi utérine, il eût été facile de voir le lieu d'insertion du placenta et d'éviter l'incision à ce niveau ; d'autre part, le péritoine n'a pas été assez bien nettoyé — enfin, on a eu tort de laisser l'utérus sans sutures et en présence d'une femme qui avait déjà subi la césariotomie, l'opération de Porro était plutôt indiquée.

Le Dr Bejan répond que les précautions antiseptiques ont été prises, qu'il ne s'est pas écoulé de liquide dans le péritoine et que Stoltz, Schrœder, etc. évitent les sutures utérines et ne les recommandent qu'en cas d'inertie après l'opération. Quant à l'opération de Porro, elle n'était pas indiquée, étant donné les adhérences entre l'utérus et les intestins. Enfin, la ligature classique appliquée autour du segment inférieur de l'utérus, avant d'ouvrir l'organe, aurait déterminé la mort du fœtus par asphyxie.

Dr Bottez. — La toilette de la cavité péritonéale n'a pas été

faite, car il ne s'était rien écoulé dedans, ni sang, ni liquide amniotique et la faire dans ces conditions, c'est augmenter les chances d'infection péritonéale. Quant aux sutures utérines, elles étaient inutiles étant donné l'état de rétraction de l'organe, facilitée par des injections d'ergotine.

Le Dr Scouli, pense, au contraire, que les sutures utérines étaient indiquées. De plus l'opération de Porro était nécessaire; elle met la malade à l'abri d'une nouvelle césariotomie et enlève une cause d'infection.

P. Mauclaire.

Contribution à l'étude de l'opération de Porro. (Contributo allo studio della operazione Porro), par Truzzi. *Annali di Ost. e Ginec.* Milano, mai 1890, p. 305.

Truzzi rapporte sept observations; dans les six premières le bassin était vicié 2 fois par rachitisme et 4 fois par ostéomalacie. Dans la 2e observation l'excavation pelvienne était obstruée par un énorme fibro-sarcome. Il n'est pas nécessaire de faire la ponction exploratrice de Halbertsma pour savoir d'avance le lieu d'insertion du placenta.

Pour avoir une opinion exacte sur la valeur de l'opération de Porro, il ne faut tenir compte que des observations publiées depuis l'apparition de la méthode antiseptique. Ainsi, sur 56 opérations faites en Italie, depuis le 1er octobre 1884 jusqu'en décembre 1889, il y eut trente-six guérisons, soit une mortalité de 20 0/0 tandis qu'elle avait été de 37 0/0 pour les opérations pratiquées de 1876 à 1884. Ainsi établie, la statistique montre donc que la méthode de Porro (amputation utérine ou utéro-ovarienne) n'est pas d'un pronostic plus grave que la méthode de Sänger (hystérotomie, résection d'un lambeau de tunique musculaire et sutures en prenant le péritoine retourné et appliqué à lui-même). Puisque le pronostic opératoire est le même, ce sont les indications ultérieures à remplir qui doivent guider l'opérateur dans son choix entre ces deux méthodes.

P. Mauclaire.

De l'indication et de la technique de l'opération de Porro après déchirure de la matrice. (Zur Indication und Technik der operation nach Porro bei Gebärmuterzerreissung). Mermann. *Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd XXXIX, Hft 3, p. 452.

L'auteur pose comme *indication* de l'opération de Porro, dans le

cas de rupture de la matrice, le fait que l'*enfant est passé en totalité ou pour la plus grande part dans l'abdomen*. Ce mode d'intervention présente sur les tentatives d'extraction par les voies naturelles divers avantages : a) possibilité d'obtenir une hémostase sûre et définitive; b) l'extraction de l'enfant, après laparotomie, représente une opération beaucoup moins compliquée; c) il est plus facile de réaliser des conditions rigoureuses d'asepsie. D'autre part, on ne saurait invoquer, dans les conditions spéciales indiquées, contre l'opération de Porro et en faveur de l'opération césarienne classique, les arguments que l'on fait valoir d'ordinaire. Dans la césarienne classique, l'incision et la suture de l'utérus sont, somme toute, des actes opératoires peu graves, et toutes choses sont disposées pour obtenir une cicatrisation rapide : l'opérée est à peu près à l'abri d'une hémorrhagie. Au contraire, quand il s'agit de déchirure utérine, les bords de la déchirure sont irréguliers, plus ou moins contus, la solution de continuité se prolonge dans le paramétrium, et les artères utérines ou des branches importantes de ces vaisseaux peuvent être lésées.

On conçoit qu'en pareil cas la suture utérine serait extrêmement difficile, et qu'en outre, on aurait à redouter des hémorrhagies secondaires. Il faut également se souvenir que la rupture de la matrice survient en général, au cours d'un accouchement prolongé (sténoses pelviennes chez des multipares, présentations du tronc négligées, hydrocéphalie, etc.), qui a déjà été l'occasion soit d'explorations soit de tentatives opératoires, toutes circonstances de nature à faire de l'utérus un foyer septique, qui se trouve supprimé par l'opération de Porro. Puis, en enlevant l'utérus et ses annexes, on rend ce qui reste du péritoine plus apte à résorber aussi bien les germes accidentellement tombés dans la cavité abdominale que toutes les autres substances étrangères (sang, liquide amniotique, vernix caseosa). De plus, on évite à l'accouchée, le surcroît de travail qu'exige l'évolution utérine. Enfin, si l'on objectait le fait que, par l'opération de Porro, on rend la femme stérile, il suffirait de rappeler que les cicatrices de ces déchirures étendues peuvent être, dans des accouchements ultérieurs, le point de départ de nouvelles ruptures, à tel point que Battlenher a conseillé l'avortement pour prévenir ces sortes de récidives.

Dans un cas où se trouvait réalisée l'indication formulée plus haut, l'auteur a pratiqué, avec plein succès d'ailleurs, l'opération

de Porro : Ob..., 39 ans, Vpare, les 4 premiers accouchements très longs, les 3 derniers terminés par la naissance d'enfants morts, le premier enfant n'avait survécu que quelques heures. Dernier accouchement très long aussi, malgré un travail très actif, qui s'arrêta subitement au moment de la déchirure. *Opération*, 5 heures après la production de l'accident. Après large incision de l'abdomen, l'enfant (un gros garçon mort) passé en totalité dans la cavité abdominale, et qui était placé tout près de l'utérus fortement contracté, fut immédiatement extrait; le délivre fut ensuite extrait à travers la déchirure de la matrice. Dans l'abdomen, il y avait beaucoup de sang coagulé et liquide, mais l'hémorrhagies paraissait arrêtée. La déchirure siégeait à la paroi postérieure du col, qu'elle parcourait toute entière, un peu au-dessous de l'anneau de contraction, se poursuivait 2 cent. environ dans le paramétrium gauche et se prolongeait jusqu'aux insertions du vagin. La situation très basse de la solution de continuité rendait impossible l'application d'un lien élastique aussi bien que la compression manuelle; en conséquence, on appliqua sur la paroi antérieure du col, dans la portion intermédiaire aux deux extrémités de la déchirure, environ dix ligatures en chaine, puis la matrice fut excisée au-dessus. Il restait ainsi un moignon, composé d'une paroi antérieure suturée et du bord, non suturé de la déchirure, moignon trop court pour qu'on pût le fixer dans la plaie abdominale. Le pédicule fut d'abord réduit au moyen d'une suture profonde et le bord de la déchirure, après qu'on l'eût égalisé, fut suturé au moyen de 2 sutures profondes intéressant toute l'épaisseur du tissu; finalement, le moignon fut recouvert par le péritoine qu'on fixa à l'aide de 2 séries de sutures (musculo-séreuses, séreuses) et on l'abandonna dans le ventre. *Suites opératoires complètement apyrétiques, guérison.*

Dans les considérations qui suivent la relation de ce cas, l'auteur condamne le tamponnement abdominal que certains chirurgiens font dans le but de prévenir les hémorrhagies secondaires. A son avis, il suffit pour se mettre à l'abri de ces accidents de faire l'opération de Porro avec beaucoup de soins et de bien disposer ses ligatures. Il se prononce également contre le drainage qui, parfaitement indiqué dans le cas de cavités circonscrites, dépourvues de revêtement péritonéal, n'a plus d'indications précises après l'opération de Porro, où ces conditions ne sont pas réalisées. Le drai-

nage, préconisé à nouveau, est un retour à l'antisepsie, il est préférable de s'appliquer à être rigoureusement aseptique. Enfin, l'observation précédente montre qu'on peut, en certaines conditions (situation très basse de la déchirure, par exemple) adopter un traitement « atypique », en quelque sorte, du pédicule.

R. L.

De la question du traitement de l'ostéomalacie par la castration. (Zur Frage der Behandlung der Osteomalacie durch Kastration). HOFMEIER. *Cent. f. Gyn.*, 1891, nº 12, p. 226.

L'auteur a pratiqué la castration chez une femme âgée de 30 ans, présentant les déformations pelviennes les plus caractéristiques de l'ostéomalacie. Or, cette femme que sa maladie avait, en dépit de tous les traitements médicaux institués auparavant, rendue complètement impotente, pouvait, 3 mois seulement après l'opération, fournir un long trajet, et était débarrassée des douleurs qu'elle éprouvait jadis. D'autre part, dans ce cas, l'ostéomalacie n'avait aucune relation étiologique avec la grossesse, l'accouchement, et les suites de couches, non plus qu'avec les causes générales habituellement invoquées (nourriture insuffisante). Les ovaires extirpés étaient petits, atrophiés, profondément ridés, sans hyperplasie ou dilatation anormale des vaisseaux ; couche ovigène conservée en quelques points, avec quelques rares ovules et follicules; partout un tissu connectif, à tractus courts. Somme toute, on se trouvait simplement en présence d'un état atrophique des ovaires, par conséquent, en présence d'organes dont l'activité était, sinon abolie, du moins considérablement réduite. Peut-on, par suite, expliquer le résultat obtenu par la suppression de cette activité, accepter la théorie suivant laquelle cette activité influerait par voie réflexe sur les nerfs dilatateurs des vaisseaux des os pelviens et voir dans la maladie une trophoneurose des os, mais cette théorie n'expliquerait pas la répartition géographique, si intéressante de l'affection, non plus que divers autres de ses attributs. Quoi qu'il en soit, et malgré l'obscurité qui entoure encore la nature et l'étiologie de la maladie, c'est à Fehling que revient l'honneur d'avoir indiqué une méthode thérapeutique efficace. En tout, l'opération a été faite 21 fois, et, toujours, on a constaté son action heureuse sur le processus ostéomalacique; de plus, pour un certain nombre des opérées, l'opération date d'assez loin pour qu'on soit en droit de parler de guérison définitive.

R. L.

Symphyséotomie. (Su di un' operata di sinfisiotomia), par C. CUCCA. *Annali di ost. e ginec.* Milano, 1891, p. 268.

L'opérateur, le professeur Novi, fit une incision sur la ligne médiane de 2 cent. 1/2 commençant un peu au-dessus du pubis, la symphyse fut ensuite sectionnée ce qui produisit un écartement de deux cent. entre les deux pubis. On appliqua le forceps; pendant l'application, l'écart maximum entre les deux pubis fut de 81 millim. Il n'y eut pas d'accidents du côté des articulations sacro-iliaques que deux aides maintenaient constamment.

La malade fut maintenue les cuisses très rapprochées et elle sortit guérie 20 jours après.

P. MAUCLAIRE.

De l'intervention obstétricale dans les sténoses pelviennes. (Sull' intervento ostetrico nelle stenosi della pelvi), par PANTALEO. *Annali di ost. e ginec.* Milano, 1891, p. 262.

L'auteur pense que si le fœtus est mort, on peut faire l'embryotomie, mais s'il est vivant il faut faire l'opération césarienne, opération qu'il espère voir toujours substituée à la précédente.

P. MAUCLAIRE.

ANALYSES

De la protection du périnée pendant le passage du tronc après la sortie de la tête, par L. COUDER. Thèse de Paris, 1891.

Conclusions. I. — On sait depuis longtemps que le passage du tronc peut endommager un périnée que la sortie de la tête avait laissé intact ou à peine entamé.

II. — La cause de cet accident est l'excès constant de la circonférence bicubitale sur la circonférence sous occipito-frontale.

III. — Il est possible de réduire la circonférence maxima du tronc à un chiffre égal à la circonférence sous-occipito-frontale en dégageant complètement un bras avant le reste du tronc.

IV. — La conduite que je propose de suivre pendant le sixième temps varie suivant les circonstances :

1° Si une main se présente au niveau du cou, que ce soit l'anté-

rieure ou la postérieure, extraire tout le membre supérieur correspondant en tirant sur cette main.

2° Si l'enfant ne tend pas la main, c'est le bras antérieur qu'il vaut mieux dégager ; pour cela, avoir recours à la manœuvre suivante :

A. Abaisser fortement la tête pour dégager le bras antérieur jusqu'auprès du coude.

B. Dégager le coude, l'avant-bras et la main en poussant le coude vers le plan postérieur du fœtus.

C. Relever le tronc pour défléchir l'avant-bras postérieur.

V. — Cette manœuvre est presque toujours indiquée chez les primipares ; elle est certainement facile et sans danger ; je la crois avantageuse pour la protection du périnée.

Contribution à l'étude du bassin vicié par obstruction. Tumeurs développées aux dépens du squelette aelvien, par E. Vaille. Thèse de Paris, 1891.

Les tumeurs du bassin ne semblent pas avoir d'influence sur la durée de la grossesse. Elles sont surtout dangereuses par l'obstacle qu'elles apportent à l'accouchement.

L'importance de cet obstacle est en rapport avec le volume de la tumeur, avec son siège, sa forme, sa consistance, sa mobilité ou sa fixité.

Les exostoses sont des tumeurs bénignes, de dimensions toujours restreintes. Mais elles sont presque toujours situées derrière le pubis ou en avant du sacrum ; elles rétrécissent donc les diamètres les plus petits du bassin, et c'est surtout par leur fixité qu'elles sont dangereuses. A rétrécissement égal, on pourra tenir sensiblement la même conduite que pour les rétrécissements simples.

Les enchondromes et les ostéosarcomes sont le plus souvent des tumeurs volumineuses ; l'intervention par les voies naturelles est rendue difficile et même dangereuse : on interviendra donc par l'opération césarienne quand on pourra faire cette opération dans de bonnes conditions, c'est-à-dire avant le travail ou au début du travail.

Les fibromes sont souvent pédiculés et mobiles ; on devra en faire l'ablation quand elle sera possible. Si elle est impossible, on se comportera comme pour les rétrécissements simples ; mais, à rétrécissement égal, l'intervention sera toujours plus difficile.

NÉCROLOGIE

CARL BRAUN

Carl Braun a suivi de près au tombeau son collègue Breisky. Avec lui, disparaît le dernier représentant de la vieille et illustre école de Vienne.

Carl Rudolff Ritter Braun von Fernwald était le fils d'un médecin de Zisterdof; il était né en 1823, et il vint à l'université de Vienne en 1841. Docteur en 1847, il succéda en 1849 à Semmelweis, comme assistant de Klein. A la mort de Klein, il obtint la situation de directeur de clinique avec le grade de professeur ordinaire. Cette situation, il l'occupa jusqu'à sa mort.

Bien qu'en dehors de l'Autriche, il eût noué peu de relations personnelles, Braun était très considéré et très honoré dans toute l'Allemagne. Comme Fried, Saxtorph, Baër, il comptait parmi les plus illustres de l'école allemande. C'est à peine s'il existe un chapitre d'obstétrique et de gynécologie, à propos duquel son nom ne doive pas être cité. Nous lui devons le premier traité allemand qui, conçu dans un esprit moderne, mit à la portée des médecins des observations cliniques puisées à un matériel abondant. La clinique de Braun, de Chiari, de Späth fut, pendant dix années, une riche mine pour tout étudiant. Il a doté l'arsenal obstétrical de trois instruments qui sont entre les mains de la plupart des médecins allemands; le *Colpeuryster*, un *Cranioclaste* et le *Crochet mousse* pour la décollation.

(*Cent. f. Gyn.*, n° 18, 1891.)

OUVRAGE REÇU

Application de la méthode antiseptique aux accouchements, par le Dr JUST LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. In-8° de 76 pages, 1891, Coccoz, éditeur.

Le gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Juin 1891

TRAVAUX ORIGINAUX

CONTRIBUTION A L'HISTOLOGIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE DES OVAIRES DE LA FEMME

Par **N. Alexenko**, médecin interne à la clinique d'accouchements et de gynécologie de M. le professeur K. Slavjansky (St-Pétersbourg).

Mon travail, comme l'indique le titre, se divise en deux parties. Dans la première, j'aborde principalement la question, encore peu élucidée, des phénomènes de l'ovulation et de la régression de la membrane granuleuse des follicules. La seconde a pour but de poursuivre l'histoire de la vie et de la mort des vésicules de Graaf dans cet état particulier de l'ovaire, que les auteurs allemands, depuis longtemps déjà, décrivent sous le nom de « *Kleincystische Follicular-degeneration* » (dégénérescence folliculaire à petits kystes).

Bien que cet état de l'ovaire ait donné lieu à un grand nombre de recherches, notamment dans ces derniers temps, la question reste embrouillée, et, jusqu'à nos jours, ces efforts n'ont même pas abouti à faire établir un tableau anatomo-pathologique exact de cette affection.

Mes observations reposent sur un total de 21 cas, concernant exclusivement des femmes adultes. Les ovaires furent obtenus à la suite d'une série d'opérations pratiquées par M. Slavjansky pour diverses indications (fibro-myôme de l'utérus, dysménorrhée, opération de Porro, atrésie congénitale du vagin, etc.).

Dans la majorité des cas, 13 fois, l'examen à l'œil nu, permit de constater l'aspect caractéristique de la dégénérescence kystique des ovaires. Ces organes présentaient à la coupe des cavités plus ou moins nombreuses, de dimensions variables, jusqu'à deux centimètres de diamètre. Dans 2 cas seulement, je pus constater la présence de fausses membranes à la surface utérine de ces cavités.

Les dimensions des ovaires variaient dans les limites suivantes : longueur = 2,5-7 centim. ; largeur 1,5-3 centim. épaisseur = 7 millim.-2 cent.

Quant à la technique de la préparation, j'ai suivi les méthodes en vigueur (durcissement par l'alcool et le liquide de Müller). Je mettais aussi de petits morceaux de l'ovaire, immédiatement après l'opération, dans du liquide de Flemming, où ils restaient pendant 24-48 heures, après quoi ils furent lavés minutieusement dans l'eau et transportés ensuite dans de l'alcool. Enfin, pour les rendre plus consistants, j'employais l'immersion dans de la celloïdine ou photoxiline. Les coupes microscopiques furent colorées par l'hématoxiline, combinée avec l'éosine, le carmin au borax, le carmin à l'alun de Grenacher et enfin par la safranine lorsque les ovaires étaient durcis, au préalable, dans du liquide de Flemming. La coloration achevée, les coupes furent éclaircies au moyen de l'essence de bergamote, ou de l'origanum vulgaire et montées dans le baume de Canada.

Pour obtenir une série de coupes consécutives, je me servis de la méthode suivante : après avoir passé le couteau du microtome, je n'enlevais pas de suite la coupe, je la laissais en contact avec le morceau au moyen d'un mince pont de tissu, en la rejetant seulement de côté. En sectionnant ainsi une certaine partie du morceau, j'obtenais toute une série de coupes consécutives et adhérentes l'une à l'autre comme les *feuilles* d'un livre. La coloration se pratiquait préalablement sur le morceau. Le sectionnement terminé, les coupes furent détachées l'une après l'autre. éclaircies et montées dans le baume.

En résumé, je me crois autorisé à dégager de mes observations, les conclusions suivantes :

I. La prolifération des cellules de la membrane granuleuse chez la femme, à la période de son évolution, se produit par division indirecte (Karyomytosis). Hartz (1) fut le premier qui observa les figures de métamorphose fibrillaire du noyau dans les cellules de l'épithélium folliculaire chez le chat et les autres mammifères, ce qui plus tard fut confirmé par Flemming (2) relativement aux ovaires du lapin et du chat.

Les mytoses dans les cellules de la membrane granuleuse chez la femme n'ont été jusqu'à présent observées que par Nagel (3). Quant à moi, il m'est arrivé d'observer presque exclusivement les phases du peloton et de l'étoile. Une fois, dans une coupe d'un follicule, dont la cavité contenait déjà une quantité insignifiante de liquide et dont la membrane vitelline venait de se former, les mytoses se trouvaient en grande abondance dans les cellules de l'épithélium pariétal, ainsi que dans les éléments du disque proligère.

II. En raison de mes observations je ne puis pas confirmer les données de Nagel (4), qui prétend avoir vu dans les follicules en évolution des globules connus sous le nom de Nährzellen. Les grandes cellules dans l'épithélium folliculaire étaient connues dans la littérature bien avant Nagel, mais on les trouvait uniquement dans les ovaires infantiles (Sinety) (5) Statziewitch (6). D'après ce dernier, ces cellules

(1) HARTZ. Beiträge zur Histologie des Ovariums der Säugethiere. *Arch. f. mikroskop. Anat.* Bd XXII, 1883, p. 374-405.

(2) FLEMMING. Ueber die Regeneration verschiedener Epithelien durch, mitotische Zelltheilung. *Arch. f. mikroskop. Anat.*, Bd XXIV, 1884, p. 376-382.

(3) NAGEL. *Das menschliche Ei. Arch. f. mikroskop. Anat.* Bd XXXI, 1887, p. 342-416.

(4) NAGEL. *Loc. cit.*

(5) De SINÉTY. Recherches sur l'ovaire du fœtus et de l'enfant nouveau-né. *Arch. de physiol. norm. et pathol.*, 1875, 2e série, p. 508.

(6) STATZIEWITCH. *Contribution à l'étude de la formation et maturation de la vésicule de Graaf.* Diss. inaug., 1882, St-Pétersbourg.

ont pour point de départ un processus de formation de follicules tout particulier, le mode selon lequel se produit cette formation consistant dans une naissance directe du follicule des *Tiballen* de Waldeyer, sans qu'elle soit précédée d'un entrelacement de tissu conjonctif et décomposition en follicules primitifs. Ces cellules présentent donc des globules ovulaires à l'état embryonnaire, privés de la capacité de jamais mûrir.

III. — La membrane granuleuse ne prend aucune part active à la formation des corps jaunes ni à l'atrésie physiologique des vésicules de Graaf, et la cicatrisation de la cavité du follicule se produit uniquement aux dépens de la couche granuleuse de sa paroi fibreuse (Slavjansky) (1).

IV. — Au début du processus de cicatrisation, la membrane granuleuse périt à force de dégénérescence albumineuse sous formation de cavités, dont le contenu conflue avec le liquide du follicule (Epithelvacuolen de Flemming).

Des formations semblables, déjà depuis longtemps, ont été observées chez les *animaux*, mais les opinions que les auteurs ont émises sur leur nature et leur rôle dans la physiologie de l'ovaire sont fort contradictoires.

Bernhardt (2), Wagner (3), les regardent comme des vésicules de graisse ; d'après Call et Exner (4), par contre, ce seraient de jeunes ovules, qui auraient pris naissance des cellules de l'épithélium folliculaire et qui seraient susceptibles d'arriver à maturité, après l'expulsion de l'ovule du follicule. Flemming (5), qui a donné une description détaillée

---

(1) K. SLAVJANSKY. Recherches sur la régression des follicules de Graaf chez la femme. *Arch. de physiol. norm. et pathol.*,

(2) BISCHOFF. *Entwickelungsgeschichte der Säugethiere und des Menschen.* Leipzig, 1842.

(3) WAGNER (A.). *Abh. der math.-phys. Klasse der Baier. Acad.*, 1837.

(4) CALL UND EXNER. Zur Kenntniss des *Graaf*'schen Follikels und des corpus luteum beim kaninchen. *Sitzungsberichte der Wiener Acad.* vom. 15 April 1875, III Abth., p. 321-328.

(5) FLEMMING. *Loc. cit.*

de la structure de ces formations chez le lapin, suppose qu'elles proviennent d'une dégénérescence des cellules de la membrane granuleuse et qu'elles prennent part à la formation du liquide des follicules. Il leur donne la dénomination d'*epithelvacuolen*. Quant à la femme, la présence de vacuoles dans l'épaisseur de la membrane granuleuse n'a été constatée que tout récemment par Nagel (1), selon lequel elles prennent naissance de ces *Nährzellen*. La formation des vacuoles n'a lieu que dans les follicules où le deutoplasme est déjà en train de se former, et sert à former le liquide folliculaire.

Mes observations concourent à prouver que ces cavités ont pour source unique les cellules vulgaires de la membrane granuleuse, qui subissent une dégénérescence toute particulière, ces processus ne se manifestant que par places, ce qu'on peut démontrer sur des préparations où on observe les cavités au commencement de leur formation, le contenu de ces cavités se composant alors des cellules vulgaires de la membrane granuleuse. Ces cellules sont nettement désignées et ne diffèrent des autres cellules de la couche épithéliale du follicule que par l'aspect plus granuleux de leur contenu et par leur moindre affinité pour l'éosine.

Plus tard, les phénomènes suivants sont observés ; disparition des noyaux et transformation des cellules en corpuscules, qui, par suite de pression réciproque, prennent les formes les plus singulières. On voit en même temps que leurs contours deviennent plus accusés, ce qui donne à la formation un aspect réticulé, particularité structurale des vacuoles qui fut observée par Flemming chez le lapin. Avec le temps, les limites des corpuscules s'effacent, leurs contenus se liquéfient et confluent, ce qui donne lieu à la formation de cavités remplies d'une substance qui, sur les préparations durcies, se présente sous forme d'une masse finement gra-

(1) NAGEL. Das menschliche Ei. *Arch. f. mickroskop. Anat.*, Bd XXVI, 1887, p. 380-381.

nuleuse et ayant une ressemblance frappante avec le liquide coagulé des follicules.

Les réactions micro-chimiques avec l'acide acétique démontrent le caractère albumineux de la dégénérescence du contenu des vacuoles. Chacune des cavités peut avec le temps augmenter de volume, si les cellules superposées commencent, à leur tour, à dégénérer et il y en a qui atteignent les dimensions d'un ovule presque mûr, tandis que les cavités les plus petites ne surpassent pas une seule cellule de la membrane granuleuse. L'agrandissement graduel de la cavité à pour conséquence l'amincissement de la couche épithéliale, qui la sépare du liquide follicullaire; peu à peu, les cellules s'aplatissent et enfin disparaissent, après quoi le contenu de la cavité se mêle au liquide du follicule.

Pour mieux préciser le rôle physiologique de ces phénomènes, je crois devoir m'arrêter un peu sur quelques points particulièrement importants. Tout d'abord, j'indiquerai ce fait important que les susdites cavités ne se trouvent que dans certains follicules, contenant déjà une quantité suffisante de liquide. Il est évident, par conséquent, que la présence de ces cavité ne joue aucun rôle important ni dans la vie du follicule, ni dans son évolution, nutrition, etc.

Quant au nombre des cavités, il est très variable. Tandis que, dans certains follicules, chacune des coupes ne contient qu'une, deux vacuoles, dans d'autres, au contraire, la membrane granuleuse en paraît tellement pénétrée que, de la couche épithéliale, il ne reste que des points plus ou moins épais. Il y existe, sans doute, une dégénérescence de l'épithélium folliculaire, qui se termine par sa destruction et disparition définitive, après quoi, l'existence du follicule devient impossible et il finit par s'atrophier. On voit, outre cela, que les follicules, dont la membrane granuleuse, contient des vacuoles, ont perdu leur forme ordinairement ronde ou à peu près oviforme et se sont contractés par suite de l'abaissement de la pression intra-folliculaire. On voit en même temps que leur paroi se plisse et prend un aspect étoilé.

Tous ces phénomènes sont signes aussi de l'atrésie initiale.

Il résulte donc de mes observations que la présence de vacuoles dans l'épaisseur de la membrane granuleuse doit être considérée comme l'effet de la dégénérescence albumineuse de ses éléments, constituant ainsi un des phénomènes primitifs du processus de l'atrésie physiologique des vésicules de Graaf. Ce processus commence par destruction de la membrane granuleuse par suite d'une dégénérescence albumineuse en foyers ; il en résulte un accroissement de nombre et du volume des cavités, dont le contenu se liquéfie et se mêle au liquide du follicule.

En résumé, de la seconde partie de mes recherches qui porte sur l'anatomie pathologique des ovaires, je conclus :

V. La dégénérescence de l'ovaire dite kystique doit être considérée comme un processus pathologique tout particulier. Ce processus se manifeste par un trouble de nutrition, à marche progressive, et se passe principalement dans les follicules (hypertrophie folliculaire).

On sait que, sous le nom de dégénérescence kystique de l'ovaire, les *modifications les plus variées*, ont été décrites dans la littérature. Tandis que pour les uns les cavités — signe principal macroscopique de dégénérescence — ne sont autre chose que des vésicules de Graaf à diverses périodes de leur destruction, provenant de certains phénomènes notamment inflammatoires (oophoritis follicularis) d'autres les tiennent pour de petits kystes folliculaires, qui se développent grâce à toute condition mécanique capable d'empêcher la rupture du follicule mûr. Notons enfin l'avis de quelques auteurs que ces cavités ne présentent que des vésicules de Graaf normales, développées en nombre excessif. Nagel (1) n'y voit même rien de pathologique, il affirme que l'évolution d'un grand nombre de follicules est propre à la fonction physiologique de la glande génitale qui est sujette,

(1) NAGEL. Beitrag zur Anat. gesunder und Kranker Ovarien. *Arch. f. Gyn.* Bd XXVI, 1887, III Heft, p. 327-358.

sous ce rapport, à des variations individuelles fort larges.

D'après mes observations, les cavités à l'état de dégénérescence kystique des ovaires ne sont, en réalité, que des vésicules de Graaf au stade primitif du processus, présentant, en même temps, quelques particularités de structure caractéristiques de ce processus, qui siège principalement dans la couche granuleuse de la paroi fibreuse du follicule. Les particularités mentionnées consistent dans une hypertrophie des cellules qui font partie de la couche granuleuse : en même temps qu'elles augmentent considérablement de volume, elles prennent aussi les formes les plus singulières ; quelques-unes reçoivent même une coloration jaunâtre. Il en résulte, en général, une grande ressemblance avec ces *Luteinzellen* des corps jaunes.

Plus tard, toute la couche paraît être composée de ces grandes cellules, serrées l'une contre l'autre et c'est à peine si l'on distingue parmi ces éléments les fines fibrilles qui parcourent çà et là la couche. Le contenu des cellules paraît un peu granuleux et chacune d'elles contient un gros noyau, nettement dessiné et se colorant assez fortement par l'hématoxiline. Les vaisseaux, à leur tour, augmentent de nombre et de calibre ; on en voit de fort élargis et remplis de globules rouges.

Cet état hypertrophique de la couche granuleuse se trouve être en coïncidence avec celui de la membrane granuleuse, dont les cellules se groupent de façon à constituer plusieurs couches, de 10 à 12. En examinant une série de coupes successives, portées sur une vésicule en état d'hypertrophie, l'on parvient toujours à y trouver l'ovule sain, à divers degrés de sa maturité.

Les modifications des follicules que je viens de décrire, présentent une analogie complète avec les observations de Sinéty (1) relativement aux changements des ovaires pendant

(1) DE SINÉTY. Histologie de l'ovaire de la femme pendant la grossesse. *Gaz. méd. de Paris*, 1877, p. 531.

la grossesse. Les mêmes changements furent trouvés par Lebedinsky (1) dans les follicules cicatrisés des ovaires d'une enfant mort-née, et par le professeur Slavjansky (2) dans les ovaires enflammés, dont les follicules étaient en voie d'atrophie.

L'observation, faite par Spiegelberg (3) et confirmée ensuite par Nagel (4), qu'un grossissement peut également avoir lieu dans des follicules sains ne suffit guère à réfuter l'avis que l'hypertrophie des cellules à l'état de dégénérescence kystique de l'ovaire doit être considérée comme phénomène pathologique, surtout si l'on tient compte qu'elle ne fut observée, les conditions d'ailleurs étant normales, qu'après l'expulsion de l'ovule, à la formation des corps jaunes vrais. Tout au contraire, les modifications sus-indiquées des vésicules de Graaf à l'état de dégénérescence kystique démontrent que cet état doit être considéré comme l'effet d'une irritation portant sur le tissu de l'ovaire et agissant de façon à provoquer une réaction de la part de ce dernier, réaction qui se manifeste par un développement excessif de ses formations glandulaires.

D'après quelques auteurs, la dégénérescence kystique des ovaires, le plus souvent, a pour cause efficiente les fibromyômes de l'utérus, ce qui n'est encore nullement démontré. Pour donner une base solide à cette théorie, il faudrait d'abord évaluer en chiffres la fréquence de la coïncidence de la dégénérescence kystique des ovaires avec les fibro-myômes de l'utérus, ainsi qu'avec les autres maladies de l'appareil

(1) LEBEDINSKY. *Contribution à l'étude de la pathologie de la vésicule de Graaf*. Diss. inaug., 1879, St-Pétersbourg.

(2) SLAVJANSKY (K). Sur les inflammations des ovaires (oophoritis). *Annal. de gyn. et d'obst.*, 1890.

(3) SPIEGELBERG. Ueber die Bildung und Bedeutung des Gelben körpers im Eierstocke. *Monatsschrift f. Geb. und Frauenkrh.*, Bd XXVI, 1865, p. 7-10.

(4) NAGEL. Beitrag zur Anat. gesunder und kranker Ovarien. *Arch. f. Gyn.* Bd XXI, 1887, III Heft, p. 327.

génital d'une part, et avec l'état normal de celui-ci, d'autre part, ce qui n'a été fait encore par personne.

Quant à la destinée ultérieure des vésicules de Graaf à l'état de dégénérescence kystique, il est à noter que les conditions dans lesquelles se trouvent les autres parties constituantes de l'ovaire, notamment son stroma, y jouent un rôle important.

Dans les cas où le tissu qui sépare les cavités se trouve encore en quantité considérable, et ne présente aucune déviation notable, la destinée ultérieure de la vésicule de Graaf ne diffère en rien de celle qu'elle subit dans l'état normal. Si le follicule ne subit point d'ovulation ni de transformation en corps jaune, il succombe à un processus régressif dont le cours ultérieur présente une analogie complète avec l'atrésie physiologique du follicule, fait sur lequel Slavjansky (1) a déjà attiré l'attention. Dans les cas, au contraire, où parallèlement avec la dégénérescence kystique, des phénomènes inflammatoires se produisent dans le stroma de l'ovaire, les vésicules subissent un processus d'atrésie plus passif ; en d'autres termes elles s'atrophient.

Au lieu de follicules d'une structure définie, on trouve des cavités, dont les parois sont constituées immédiatement par le stroma de l'ovaire, considérablement atrophié. A l'intérieur de ces cavités, on observe souvent les restes de la membrane granuleuse, par places détachée, par places transformée en débris finement granuleux.

Il arrive, quoique rarement, que l'ovule même est conservé, mais il paraît alors fort modifié. Plus tard, le contenu subissant un processus de résorption, les cavités reviennent sur elles-mêmes et se transforment en faisceaux de tissu conjonctif, très pauvre en éléments cellulaires. Il est probable qu'ultérieurement ce tissu acquiert toutes les propriétés du stroma, pourvu que la capacité restituante de l'ovaire, qu'il

(1) SLAVJANSKY (K.). Sur les inflammations des ovaires (oophoritis). *Annal. de gyn. et d'obst.*, 1890.

possède au plus haut degré (Ziegler) ne soit pas considérablement altérée.

C'est ainsi que :

VI. L'issue ordinaire de la dégénérescence kystique de l'ovaire est l'*atrésie des follicules* qui se manifeste sous deux formes : 1) forme active ne se distinguant en rien de l'atrésie physiologique, et 2) forme passive qui n'est autre chose que l'atrophie vulgaire du follicule, à la place duquel, à la suite d'une résorption du contenu et de cicatrisation immédiate des parois de la cavité, se forme un faisceau de tissu connectif fibrineux.

VII. Dans les cas de fibro-myôme de l'utérus, l'hypertrophie des cellules de la couche granuleuse, qui se produit à la formation des corps jaunes, est parfois à tel point prononcée, qu'elle donne à ces corps le caractère des vrais corps jaunes de la grossesse.

DE LA GOUTTE VÉSICALE CHEZ LA FEMME

Par le Dr **Mabboux**, ancien interne des hôpitaux de Strasbourg, médecin-consultant à Contrexéville.

Par suite de sa conformation anatomique, de la brièveté de son canal d'excrétion, de ses rapports physiologiques et anatomiques avec les organes avoisinants, le réservoir urinaire de la femme présente à la fois vis-à-vis de l'inflammation une vulnérabilité et une résistance qui lui font une place à part dans l'histoire de la cystite et surtout dans le catarrhe vésical.

La plupart des auteurs qui ont écrit sur les maladies des voies urinaires ne consacrent à la cystite chez la femme que de courtes mentions : tous insistent sur l'inégale fréquence des inflammations vésicales dans les deux sexes, au point même de faire croire à leur absolue rareté chez le sexe féminin. Mais les gynécologistes ont dû s'en préoccuper à titre

de complication des affections de la matrice, et les développements qu'ils consacrent aux troubles de la miction et aux diverses souffrances vésicales montrent que depuis longtemps déjà leur attention était dirigée sur la place qu'elles occupent dans la pathologie spéciale de la femme.

Depuis une vingtaine d'années, ce chapitre de pathologie urinaire a été repris et la question des inflammations vésicales chez la femme a été, en France et en Angleterre, l'objet de travaux remarquables d'où il ressort que la cystite, à ses divers degrés d'acuité, est une complication fréquente des états congestifs ou inflammatoires de l'appareil utéro-ovarien, et que l'influence de voisinage exercée par l'utérus hyperhémié ou enflammé compense, dans une mesure très appréciable, l'absence ou la rareté des causes de cystite qui interviennent chez l'homme. Dans les stations d'eaux fréquentées par les malades qui souffrent de la matrice, dans celles où l'on traite la goutte, la gravelle, on a de fréquentes occasions de constater que la femme est malheureusement bien loin de jouir de cette immunité que certains auteurs semblent lui accorder vis-à-vis des inflammations vésicales. Depuis la simple exagération de fréquence dans les besoins, avec ardeur en urinant, jusqu'à la cystite douloureuse dont Hartmann a fait une peinture terrifiante, mais malheureusement vraie, la femme peut parcourir tous les degrés de l'inflammation vésicale. Qu'elle y soit moins sujette que l'homme, le fait est incontestable, mais elle l'est cependant dans une proportion bien suffisante pour justifier les développements qu'y consacrent les auteurs les plus récents, et pour que l'étude de la cystite chez la femme doive faire désormais l'objet d'un chapitre dans tout traité complet de gynécologie ou de pathologie des voies urinaires.

Il y a là un vaste champ d'études qui a été largement exploré depuis une vingtaine d'années en Angleterre d'abord (Barnes, Playfair, etc.), puis en France sous l'impulsion du professeur Guyon. C'est sur les causes spéciales au sexe féminin qu'ont porté ces recherches, c'est-à-dire sur l'influence

des états physiologiques ou pathologiques de l'utérus. Les travaux de Monod (1), de Terrillon (2), de Boissard (3), de Barié (4), Bernardet (5), de Hartmann (6), et le chapitre de Guyon (7), sur la « cystite chez la femme » ont envisagé à peu près tous les aspects de la question et fourni un tel ensemble de preuves anatomiques et cliniques qu'il ne paraît plus y avoir grand chose à demander à l'observation future.

Dans cette étiologie magistralement étudiée, il nous paraît cependant y avoir une lacune : dans les conditions particulières où j'exerce, je me suis trouvé deux fois en face de cystites qui ne reconnaissaient aucune des causes visées dans les travaux que je viens de citer, et en procédant par élimination j'ai été forcément amené à soupçonner la goutte, qui pesait d'ailleurs lourdement sur l'hérédité de ces malades. Plusieurs faits tirés de ma pratique hydro-minérale m'avaient déjà mis en défiance au sujet de la prétendue immunité de la femme vis-à-vis de la goutte ; j'avais observé chez elle des cas de goutte, voire même de goutte articulaire caractéristique ; j'avais vu la diathèse urique se porter sur l'utérus pour y entretenir et même pour y faire naître des états inflammatoires aigus ou chroniques ; et en consultant les ouvrages spéciaux, j'avais rencontré plusieurs exemples indéniables de goutte articulaire ou viscérale : en sorte que j'étais préparé à admettre sans répugnance l'intervention de la diathèse goutteuse dans ces catarrhes vésicaux inexplicables par les causes généralement admises.

---

(1) Eug. Monod. *Annales de gynécologie*, mars, avril et mai 1880.

(2) Terrillon. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1880.

(3) Boissard. *Th. Paris*, 1883. Étude sur les troubles de la miction se rattachant aux divers états physiologiques et pathologiques de l'utérus.

(4) Barié. Étude sur la ménopause, 1877.

(5) Bernardet. *Th. Paris*, 1885. Du catarrhe de la vessie chez la femme réglée.

(6) Hartmann. *Th. Paris*, 1887. Des cystites douloureuses.

(7) Prof. Guyon. *Leçons clin. sur les affect. chirurg. de la vessie et de la prostate*. Paris, 1888, p. 771.

Cette question de la goutte chez la femme, que j'ai étudiée sous un de ses aspects, à savoir : les manifestations utéro-ovariennes (1), a été dernièrement l'objet d'un long et consciencieux travail lu devant l'Académie de médecine par M. Baudon (de Nice) (2) : les conclusions de cet auteur, appuyées sur des recherches longtemps poursuivies et sur un grand nombre de faits, sont bien plus affirmatives que les miennes et tendent à établir que la goutte joue un rôle considérable dans la pathologie de la femme.

Dans une de mes études, j'avais appelé l'attention sur les manifestations utérines; aujourd'hui, j'espère pouvoir démontrer, en m'appuyant sur les faits que j'ai observés, sur ceux qui l'ont été antérieurement, et sur l'analogie, que la goutte peut se porter sur la vessie, chez la femme aussi bien que chez l'homme et y déterminer une cystite aiguë ou chronique ayant une physionomie particulière et nécessitant surtout un traitement spécial anti-diathésique.

L'*étiologie de la cystite chez la femme*, telle qu'elle résulte des travaux les plus récents, peut se résumer dans le tableau suivant :

A. — Causes communes aux deux sexes :

1° Influence du froid.
2° Empoisonnement cantharidien.
3° Blennorrhagie.
4° Affection calculeuse.
5° Néoplasme.
6° Tuberculose.

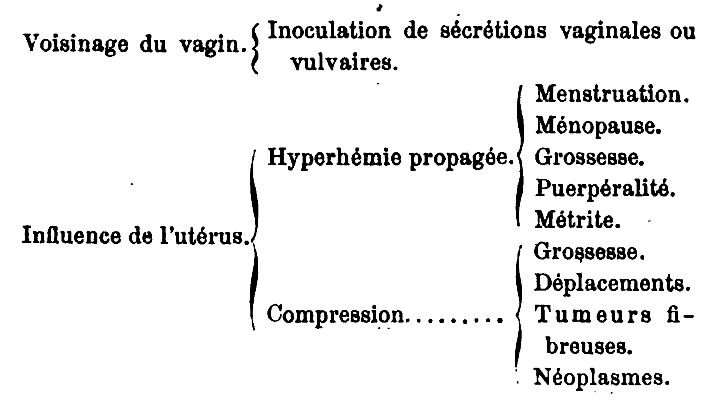
B. — Causes spéciales à l'homme :

Rétention par suite de rétrécissement uréthral.
— — d'hypertrophie prostatique.

(1) MABBOUX. De la goutte utéro-ovarienne et de son traitement hydrominéral. In *Bulletin général de thérap.*, n° du 30 mai 1888.

(2) BAUDON. Lecture faite devant l'*Acad. de médecine*. Séance du 14 octobre 1890.

C. — Causes spéciales à la femme :



Voisinage du vagin.	Inoculation de sécrétions vaginales ou vulvaires.	
Influence de l'utérus.	Hyperhémie propagée.	Menstruation. Ménopause. Grossesse. Puerpéralité. Métrite.
	Compression.........	Grossesse. Déplacements. Tumeurs fibreuses. Néoplasmes.

Ce tableau comprend toutes les causes énumérées par le professeur Guyon dans le chapitre magistral auquel j'ai fait allusion tout à l'heure : cependant cet auteur reconnait que certains cas de cystite restent en dehors de cette étiologie. « On observe chez la femme des cystites dont il est impos- « sible de préciser la cause. Les recherches cliniques et « microbiologiques les plus attentives ne démontrent ni l'in- « fluence tuberculeuse ni la contamination blennorrhagique. « Sont-ce des inflammations vésicales survenues sous l'in- « fluence d'une cause banale, sous l'influence des prédispo- « sitions que je viens d'étudier avec vous ? Serait-ce des « cystites d'origine vaginale, consécutives à l'inoculation « des sécrétions de la vulve ou du vagin? Cette question « mérite des recherches nouvelles » (1).

On voit que M. Guyon ne paraît pas admettre l'intervention du principe goutteux; il ne l'admet guère plus d'ailleurs chez l'homme, car il insiste en différents points de ses leçons sur la faible disposition des « uratiques » aux inflammations vésicales. Il reconnaît cependant « avoir rencontré chez un « petit nombre de goutteux des cystites évidemment liées à « des accès aigus ; elles naissaient avec eux et s'amendaient

(1) Guyon. *Ouv. cit.*

« aussitôt que s'était constituée une franche détermination « articulaire (1) ». Cette remarque est bonne à retenir et nous ne nous ferons pas faute d'invoquer un témoignage tombant d'une bouche aussi autorisée; il constitue, en effet, une reconnaissance formelle de la cystite goutteuse, au moins chez l'homme et je ne vois pas quelle raison pourrait être invoquée en faveur de sa limitation à un sexe. Nous reviendrons plus tard sur ce point; voici la relation des deux faits que j'ai observés :

Observation I. — Mme B..., 38 ans, sans enfants, m'est adressée en juillet 1888 par le Dr Hallez (de Lille) avec les indications suivantes : Cystite à répétition, de cause obscure, peut-être rhumatismale.

Antécédents héréditaires d'arthritisme; grand-père et père goutteux; mère atteinte de lithiase biliaire. Bonne santé habituelle; tendance à l'essoufflement; visage couperosé. Rien à noter du côté des poumons et du cœur; dyspepsie acide.

Menstruation régulière; pas de troubles utérins.

A eu à trois reprises depuis 18 mois et sans cause connue, de violentes atteintes de cystite caractérisées par de la douleur hypogastrique, des mictions fréquentes et pénibles, une urine rare, rouge, brûlante au passage ; ces symptômes disparaissaient au bout de 3 ou 4 jours en laissant à leur suite un peu de sensibilité au-dessus du pubis; les urines restaient nuageuses pendant quelque temps ; elles sont limpides lors de l'arrivée à Contrexéville.

Cette dame suit ici un traitement de 21 jours consistant en : ingestion journalière d'eau minérale à doses faibles et espacées et grands bains avec irrigation vaginale à l'aide de la canule spéculum.

Rien de particulier ne survient pendant la cure et la cystite ne reparaît pas jusqu'au mois d'août de l'année suivante où une quatrième atteinte, moins forte que les précédentes, détermine la malade à revenir à Contrexéville. Elle y arrive dans les premiers jours de septembre, boitant légèrement par suite d'une entorse (?) survenue depuis la crise. L'examen du pied malade me fit conce-

(1) F. Guyon, *Ouv. cit.*

voir des doutes sur la réalité de cette entorse ; je trouvai sur le gros orteil et le long du bord interne du pied une sensibilité anormale, et en interrogeant Mme B... je recueillis des indications qui s'accordaient bien mieux avec l'idée d'un accès de goutte. La pensée que ces poussées de cystite pouvaient être de la goutte vésicale me vint alors à l'esprit ; j'interrogeai et examinai la malade à ce point de vue et le résultat de mes investigations me fortifia dans cette opinion.

La résolution de l'inflammation vésicale ne s'était pas faite cette fois-ci comme les précédentes : les urines étaient troubles, un peu filantes et contenaient du muco-pus ; les envies d'uriner revenaient environ chaque deux heures et la pression au-dessus du pubis éveillait de la douleur. Le traitement hydro-minéral dut être conduit avec beaucoup de ménagements à cause de l'irritabilité vésicale, mais, au bout de la première semaine, il y avait une amélioration notable, et à la fin de la saison les urines, encore un peu louches, pouvaient être gardées pendant 5 à 6 heures.

Pendant l'hiver de 1889-1890 il y eut une petite poussée que le médecin de Mme B..., convaincu comme moi de l'origine goutteuse, traita par le salicylate de soude avec un succès complet ; la résolution fut rapide et entière au point que la malade n'a pas cru devoir venir cette année faire une cure qui était indiquée, au moins à titre prophylactique.

Observation II. — Mme Ch..., 48 ans, de Paris, bonne santé habituelle sauf de fortes et fréquentes migraines, père mort d'albuminurie après avoir été longtemps cloué dans un fauteuil par la goutte, deux enfants dont l'aîné, âgé de 25 ans, est affligé de migraines atroces et urine souvent du sable rouge. Les règles ont disparu depuis quatre ans sans qu'il en soit résulté de trouble apparent dans la santé.

Mme Ch... a éprouvé dans l'hiver de 1888-1889 des accès d'oppression, sans toux ni fièvre ; puis les urines se sont mises à charrier du sable rouge, et il est survenu deux atteintes de colique néphrétique (à six semaines d'intervalle) terminées par l'expulsion de quelques petits graviers rougeâtres de la grosseur d'un grain de mil : la dernière crise avait eu lieu en février 1889. Au mois de mai suivant, la malade fut prise brusquement de douleurs au-dessus du pubis avec envies fréquentes d'uriner et sensation de

plénitude dans le bassin ; urines rouges et brûlantes. Ces symptômes n'avaient été ni précédés ni accompagnés de douleurs lombaires et aucun gravier ne fut rendu. Au bout de 8 jours d'un traitement consistant en grands bains, boissons émollientes et lavements opiacés, l'état aigu disparut, mais les urines restèrent troubles pendant près de deux mois.

En août de la même année, Mme Ch... fit une cure à Wildungen ; elle s'en trouva bien pour son catarrhe vésical, mais elle fut prise pendant la cure de vives douleurs dans la cheville externe du pied gauche, avec rougeur et gonflement de cette région, et le gros orteil du pied droit fut rouge et sensible pendant 24 heures, puis l'hiver suivant elle souffrit encore de quelques accès d'asthme, et au printemps de 1890 les symptômes de cystite ont reparu dans des conditions à peu près identiques à celles de l'année précédente. La malade vient à Contrexéville en juillet, présentant les symptômes d'un catarrhe vésical de moyenne intensité ; il existe sur plusieurs doigts des nodosités d'Heberden, et de petits tophus sur une oreille. Je n'hésitai pas à considérer cette dame comme goutteuse : les antécédents héréditaires, les accidents des deux dernières années et les symptômes actuels ne laissaient guère de place au doute ; et vu l'impossibilité d'expliquer les atteintes antérieures de cystite et le catarrhe actuel par l'une des causes généralement admises, je les considérai comme des manifestations goutteuses.

Le traitement, bien supporté, fut suivi d'une prompte amélioration et lorsque la malade quitta Contrexéville les urines étaient redevenues limpides et la vessie avait sa tolérance normale.

Bien que je n'aie pas observé chez ces malades l'accès typique de goutte articulaire précédant ou suivant l'inflammation vésicale avec les caractères d'une métastase, je ne pense pas que le diagnostic de goutte et de cystite goutteuse puisse être sérieusement contesté : en tout cas, on ne pouvait invoquer aucune cause locale ou de voisinage : les sujets n'étaient ni tuberculeux, ni rhumatisants, tandis que la diathèse goutteuse était manifeste. Pour repousser cette étiologie, il aurait fallu ne pas admettre que cette diathèse peut se manifester sur la vessie. Or la goutte vésicale n'est pas

une vue de l'esprit : pour être rare, elle n'en a pas moins été signalée par les auteurs de nos principaux Traités de la goutte. Sans aller jusqu'à Barthez, qui a fait rentrer dans le cadre des maladies goutteuses la pathologie tout entière, on trouve dans Todd, dans Garrod, dans Lecorché une description très précise de la goutte vésicale, dont Sydenham avait déjà parlé. D'après M. Lecorché, on devrait même la rencontrer fréquemment : « la cystite aiguë, dit cet auteur, est « une des manifestations fréquentes de la diathèse goutteuse, « faisant souvent place à une localisation articulaire, d'au- « tres fois consécutive ».

La goutte peut se manifester sur la vessie par des troubles variés qui vont depuis la simple excitation (irritable bladder) jusqu'à l'attaque franche de cystite aiguë et au catarrhe vésical. Nous avons dit plus haut que le professeur Guyon, tout en refusant une place à l'arthritisme dans l'étiologie de la cystite, reconnaît avoir rencontré des exemples de cystite « évidemment liée à des accès de goutte aiguë ». La goutte vésicale ne peut donc pas être contestée et le fait que les exemples rapportés jusqu'à présent par les auteurs ne visent que des hommes ne saurait être invoqué en faveur de l'immunité absolue de la femme. On ne pourrait apporter à l'appui de cette thèse aucun argument tiré de l'anatomie ou de la physiologie ; on y puiserait plutôt des arguments en faveur de l'opinion contraire. Pourquoi d'ailleurs contester l'aptitude de la goutte à se porter sur la vessie alors qu'on la voit se porter sur d'autres organes du petit bassin et notamment sur la matrice dont les rapports vasculaires avec la vessie sont si étroits. Et que pourrait-on trouver dans la structure de cet organe chez la femme pour expliquer ce prétendu état réfractaire ?

Que la localisation vésicale soit rare, qu'elle le soit plus encore chez la femme que chez l'homme, pour la raison que, d'une façon générale, la femme est beaucoup moins sujette à la goutte, nous n'y contredisons pas ; mais l'immunité absolue de la femme ne peut pas être soutenue : les deux faits

relatés plus haut sont des exemples indéniables de cystite goutteuse. Cette cystite peut, comme toutes les autres manifestations goutteuses, revêtir le caractère aigu et disparaître sans laisser de traces, ou passer à l'état chronique et dégénérer en catarrhe vésical.

Le diagnostic étiologique présente assurément certaines difficultés, car la vessie n'a pas autant de façons de manifester sa souffrance que cette souffrance peut reconnaître de causes différentes. C'est surtout par élimination des causes ordinaires et à l'aide des commémoratifs qu'on en viendra à soupçonner l'origine goutteuse. Il existe cependant des signes particuliers qui peuvent mettre sur la voie : ce sont la brusquerie habituelle du début, l'intensité de la douleur sus-pubienne, la sensation de plénitude dans le bassin : ces particularités m'ont été signalées par mes deux malades, et on les trouve indiquées dans plusieurs observations de cystite goutteuse chez l'homme. Enfin il peut arriver que l'inflammation vésicale succède brusquement à une manifestation articulaire qui s'amende aussitôt et dès lors le diagnostic est bien simplifié.

En somme, s'il est bien établi que la goutte peut se porter sur la vessie et y provoquer une inflammation aiguë ou chronique, il s'en faut qu'on soit autorisé à décrire une forme goutteuse de l'inflammation vésicale ayant une symptomatologie distincte et pour ainsi dire spécifique ; c'est dans l'état général du sujet, dans ses antécédents, dans les circonstances accessoires du moment, dans le mode de début des troubles vésicaux qu'on devra chercher et qu'on trouvera les éléments du diagnostic.

Le **traitement** doit s'inspirer de l'étiologie diathésique : contre l'état aigu on emploiera le salicylate de soude de préférence au colchique : chez le sujet de notre observation I, ce médicament a eu rapidement raison d'une poussée inflammatoire qui s'annonçait comme très violente. La vaste expérience de M. Lecorché l'a amené à proclamer sa grande supériorité sur les préparations de colchique : « Nous avons

« retiré souvent les plus grands avantages, dans les cas de « cystite, du salicylate de soude. Nous avons vu sous l'in- « fluence de ce sel, des cystites goutteuses qui avaient résisté « aux médications les plus énergiques et les plus variées, « céder très rapidement à des doses même faibles, 2 à 4 gr. « par jour » (1).

Lorsque la cystite est passée à l'état chronique et qu'on se trouve en face d'un catarrhe vésical, l'indication du traitement hydro-minéral prime presque l'indication diathésique à cause de la grande irritabilité de la muqueuse vésicale et de la fréquente intolérance de l'organe vis-à-vis de médications anodines en apparence. C'est une notion banale en thérapeutique hydrologique que les eaux alcalines fortes sont absolument contre-indiquées dans tous les états inflammatoires de la vessie, que la muqueuse vésicale, pour peu qu'elle soit enflammée, présente vis-à-vis de ces eaux une intolérance presque absolue : « je ne mentionne les eaux alcalines « fortes, dit M. Guyon, que pour dire que je les crois tou- « jours contre-indiquées dans les états inflammatoires chro- « niques de la vessie ». (2)

Ici, comme dans tout catarrhe vésical, quell e que soit s nature, on se trouvera bien de l'emploi des eaux à faible minéralisation, à peine alcalines, et parmi elles les sulfatées calciques du groupe Contrexéville, Martigny, Vittel, sont indiquées à double titre contre cette cystite goutteuse : elles auront en effet le double avantage :

1° De favoriser la cicatrisation de la muqueuse vésicale enflammée, en rendant à l'urine devenue alcaline son acidité normale, et en débarrassant la vessie des mucosités et des sédiments phosphatiques ;

2° De combattre la disposition diathésique, cause première de la maladie.

Quant à la façon d'administrer les eaux, on suivra les rè-

---

(1) Lecorché. *Ouv. cit.*

(2) Guyon. *Ouv. cit.*

gles établies pour le traitement hydro-minéral du catarrhe, en ayant égard tout particulièrement à la température de l'eau prise en boisson, à la division et à l'espacement des doses. On ne perdra pas de vue que les chances de poussée congestive dans cette muqueuse enflammée sont accrues par le fait même de l'origine goutteuse, et on règlera en conséquence le régime alimentaire et le genre de vie des malades.

L'attention devra être particulièrement en éveil à l'approche des règles, à cause des relations étroites qui existent entre la circulation des deux organes.

Dans le cas où la diathèse goutteuse paraît vouloir entrer en activité, il pourra être utile d'administrer le salicylate de soude ou les préparations de colchique à doses faibles, souvent répétées.

DE L'AVORTEMENT A RÉPÉTITION ET DES MOYENS D'Y REMÉDIER

Par le Dr **Schuhl**, ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Nancy, lauréat de l'Académie de médecine.

---

6. Maladies de l'appareil urinaire. — *Albuminurie.* — Lorsque l'albuminurie est constatée chez la même femme dans le cours de plusieurs grossesses successives, sa marche dans l'intervalle des gestations est loin d'être toujours la même. Tantôt elle disparaît après chaque accouchement; tantôt au contraire elle persiste dans l'intervalle des grossesses.

La nature de cette affection est variable. Elle peut être le résultat d'une néphrite ; d'autres fois elle se produit indépendamment de cette altération du rein.

Mais le plus souvent, lorsque l'albuminurie est constatée dans plusieurs grossesses, les lésions rénales, si elles n'ont pas existé ou si elles ont été transitoires au début, ne tardent pas à devenir permanentes, et étudier l'albuminurie

dans ses rapports avec l'avortement à répétition, cela revient surtout à étudier les néphrites dans leurs rapports avec la marche de la gestation.

Les avortements ont été fréquemment observés dans l'albuminurie ; Braun (1) admet que l'avortement ou l'accouchement prématuré surviennent 80 fois 0/0, Hofmeier (2), sur 45 cas de néphrite, a noté 15 fois seulement la terminaison de la grossesse au terme normal, 13 accouchements prématurés et 17 avortements. Sur ces 45 cas, 23 ne furent pas suivis de la mort de la femme, et parmi ces derniers il y eut 9 avortements et 8 accouchements prématurés.

Josef Krzyminsky admet que la grossesse est le plus souvent interrompue avant terme par la néphrite chronique. Il relate six observations, dont une d'avortement à répétition (3) et dans un seul des cas qu'il rapporte la grossesse a atteint son terme physiologique

Barker ne doute pas qu'il y ait une relation entre l'avortement à répétition et l'albuminurie et cite un exemple à l'appui de cette opinion (4).

Enfin M. le professeur Tarnier (5), sur sept femmes atteintes de la maladie de Bright, a constaté 4 avortements, dont 3 chez la même femme.

Les observations montrent que la mort du fœtus constitue le plus souvent le phénomène initial de l'avortement. Cette mort serait due, suivant Bartels (6), à l'anémie maternelle

---

(1) Des convulsions des femmes grosses. *Gaz. hebd.*, Paris, 1854. Essai sur l'éclampsie. *Revue étrangère méd. chir.* 1858.

(2) *Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäk.*, t. III, 1878, p. 259.

(3) *Ueber Nierenaffection der Schwangeren und Gebärenden.* Th. Berlin, 1885, p. 29.

(4) Dumas. Thèse d'agrég. Paris, 1880, p. 162.

Des observations semblables ont été rapportées par Coe (Th. Dumas, p. 209), par M. Renaut (Th. Dumas, p. 210). Fehling (2 observations. Congrès de Strasbourg des naturalistes et méd. allemands. *Annales de gyn.*, 1885, t. II, p. 476).

(5) Eybert Grandin. *Loc. cit.*

(6) Hofmeier. *Loc. cit.*, p. 273.

qui ne permet pas un développement suffisant du fœtus. Barnes attribue la mort du produit de la gestation à son intoxication « par les rebuts des aliments qui demeurent dans les vaisseaux maternels et fœtaux ». Enfin les lésions du placenta si fréquentes dans l'albuminurie (foyers hémorrhagiques et dégénérescence fibro-graisseuse) qui ont été bien étudiées par Rouhaud (1), peuvent être une cause de la mort du fœtus.

Mais l'enfant est quelquefois vivant au moment de l'avortement. Dans ces conditions, l'hémorrhagie est souvent le symptôme primitif de la fausse couche ; elle est due à l'albuminurie, qui prédispose aux extravasations sanguines. D'autres fois, l'albuminurie semble provoquer directement les contractions utérines. Cette affection a pour résultat une accumulation dans le sang maternel de matières toxiques qui sont capables, suivant Barnes, d'exciter directement le centre diastaltique et les fibres utérines.

Gravelle urinaire. — Désormeaux et Mauriceau attribuent aux coliques néphrétiques un certain nombre d'avortements. Suivant Mauriceau, l'expulsion du fœtus est provoquée par les vomissements violents et répétés dont ces coliques sont habituellement accompagnées.

Diabète. — On sait depuis les travaux de Matthews Duncan (2) et de Lecorché (3) que le diabète peut occasionner l'avortement. D'après la statistique de Duncan, sur 19 grossesses observées chez 15 femmes, 7 fois le fœtus mourut pendant la grossesse et il fut expulsé vers le septième ou le huitième mois.

M. le professeur Tarnier (4) a observé également une femme qui rendait 50 grammes de sucre par litre d'urine, qui accoucha au sixième mois de la grossesse et mourut 48 heures après.

On comprend, vu la durée souvent très longue du diabète,

(1) Thèse, Paris, 1887.

(2) On puerperal Diabetis. *Obstetr. Transact.* London, vol. XXIV, p. 256.

(3) *Ann. de gynéc.*, oct. 1885, p. 257.

(4) *Traité de l'art. des accouchements* par TARNIER et BUDIN, t. II, p. 149.

que plusieurs avortements puissent se produire chez la même femme, ainsi que cela a été noté dans une observation de Secgel (1).

7. TROUBLES DE L'APPAREIL DIGESTIF. — *Constipation.* — La constipation, si fréquente pendant la gestation, peut, lorsqu'elle est opiniâtre, provoquer l'avortement. Levret, Mauriceau, Gautron (2), Capuron, Guillemot, Cazeaux, Bourgeois, Tarnier, Charpentier, Hubert de Louvain, etc., admettent ce fait. Pour Guillemot (3), la constipation est même la cause qui provoque communément la fausse couche. En dehors des efforts auxquels la femme est obligée de se livrer pour expulser les matières endurcies, l'accumulation de ces matières est pour les organes du petit bassin une cause de stase sanguine, de congestion, dont les hémorrhoïdes constituent un symptôme et qui, au niveau de l'utérus, favorise les contractions de cet organe.

En outre, le Dr L'Ecluyse fait remarquer que l'intestin distendu comprime l'utérus ; et cette compression peut irriter la matrice ou occasionner la rupture des membranes (4).

Diarrhée. — « Si une femme enceinte est prise d'un flux de ventre abondant, disait Hippocrate (5), il est à craindre qu'elle n'avorte. » C'est principalement lorsque la diarrhée se prolonge longtemps que la femme est exposée à une fausse couche. Le Dr Goubert (6) signale une observation du Dr Word dans laquelle des avortements répétés ont été occasionnés par cette affection.

Vers intestinaux. — Les vers intestinaux ont été signalés,

(1) *Annales de gynécol.*, oct. 1885, p. 268.

(2) *Dissertation sur les fausses couches.* Th. Paris, 1802, p. 29.

(3) Des avortements périodiques et des pertes utérines cachées, in *Arch. de méd.*, 1836, 2e série, t. XI, p. 295.

(4) Des avortements à répétition occasionnés par la constipation ont été rapportés par GUILLEMOT. *Arch. de médecine*, 1836, 2e série, t. XI, p. 300 et 307. SMELLIE. *Loc. cit.*, t. II, p. 149.

(5) *Œuvres complètes*, trad. LITTRÉ. Paris, 1884, t. IV, p. 545, aph. 34, sect. V.

(6) *Loc. cit.*, p. 76.

notamment par Playfair parmi les causes de l'avortement. Il est probable que la fausse couche dans ces cas est due à un phénomène réflexe dont le point de départ est l'irritation continuelle de l'intestin par les parasites.

Deux cas rapportés par le Dr Vodiagin montrent que les vers intestinaux peuvent provoquer des avortements multiples chez la même femme.

Obs. — Le Dr Vodiagin (1) a communiqué à la Société médicale de Moscou deux observations de jeunes femmes bien portantes, dont l'une avait avorté cinq fois de suite pendant six ans, et l'autre deux fois en deux ans. La première de ces deux femmes finit par expulser un botriocéphale et l'autre un tænia armé. Peu de temps après l'expulsion des parasites, les deux femmes redevinrent enceintes, et elles accouchèrent à terme.

8. Maladies de l'appareil circulatoire. — *Maladies du cœur.* — Les grossesses chez les femmes atteintes de maladie du cœur se terminent fréquemment par des avortements. C'est là un fait sur lequel MM. Duroziez, Budin, Peter, etc., ont appelé l'attention, et qui, aujourd'hui, ne peut plus être contesté. M. Porak (2) qui a réuni un grand nombre d'observations, à trouvé les résultats suivants sur 214 accouchements ayant eu lieu depuis que des accidents cardiaques ou une cause importante de lésion du cœur ont été notés.

126 accouchements à terme, 58,87 0/0.

88 terminaisons de la grossesse avant terme, 41,12 0/0.

Les accouchements avant terme se décomposent ainsi : 28 fois, expulsion du fœtus avant terme (époque non indiquée), 7 avortements à 2 mois, 2 à 3 mois, 7 à 4 mois, 6 à 5 mois, 8 accouchements prématurés à 6 mois, 19 à 7 mois, 8 à 8 mois, 3 à 9 mois.

Le nombre assez considérable des observations d'avorte-

(1) *Journal de méd. de Paris*, 1885, T. IX, p. 143.

(2) Thèse d'agrég. Paris, 1880.

ments à répétition dues à des affections cardiaques qui ont été publiées indique que les maladies du cœur sont une cause fréquente des fausses couches répétées. Aussi, en présence d'avortements successifs faut-il, suivant le conseil donné par M. Porak, ne jamais oublier d'ausculter le cœur, si l'on veut trouver la cause des expulsions prématurées.

Tantôt ces avortements sont précédés de troubles notables de la circulation, tels que congestion pulmonaire, phénomènes d'asystolie. Tantôt, au contraire, la femme n'est guère incommodée par la lésion cardiaque, et malgré cela, elle ne peut pas mener les grossesses à terme. Le mécanisme par lequel se produit l'avortement diffère un peu dans chacun de ces deux cas. Lorsque des troubles notables de la circulation ont précédé l'avortement, ils ont pour conséquence une surcharge du sang en acide carbonique. Dans ces conditions, le fœtus meurt facilement asphyxié et constitue dès lors un corps étranger que la matrice ne tarde pas à expulser.

L'excès d'acide carbonique peut même déterminer des contractions prématurées de l'utérus, sans que le fœtus ait péri. Enfin « l'avortement peut être la conséquence de congestions et d'épanchements sanguins qui se font dans le tissu placentaire, le décollent et se produisent dans l'utérus comme on les voit se produire dans les autres organes » (Charpentier).

Si on explique assez facilement l'avortement dans les cas d'asystolie, on est bien moins fixé sur son mécanisme lorsque les accidents cardiaques sont nuls ou à peine marqués. M. Porak admet que dans ces conditions, la nutrition de la mère se faisant d'une manière anormale, gêne le développement du fœtus et est la cause de la fausse couche.

Les avortements semblent varier de fréquence, suivant la nature de la lésion cardiaque. Un tableau donné par M. Porak (1) montre que les lésions mitrales, surtout l'insuf-

(1) *Loc. cit.*, p. 109.

fisance mitrale, exposent plus que les autres affections cardiaques à l'expulsion prématurée du fœtus (1).

Varices des membres inférieurs. — Les varices par elles-mêmes ne sont pas une cause d'avortement. Mais on a prétendu que la compression employée comme traitement palliatif peut déterminer des hémorrhagies utérines et l'expulsion du fœtus. Jacquemier, qui cite une observation curieuse d'avortement à répétition, empruntée à Mme Boivin (2), pense que la compression des varices amène une augmentation de la quantité du sang dans les veines de l'utérus, d'où hémorrhagie utérine. Olshausen (3) croit également que l'enveloppement serré des jambes avec des bandes de caoutchouc peut amener l'avortement. Mais ainsi que le font remarquer MM. Tarnier et Budin (4), ces accidents doivent être exceptionnels, car ils sont rarement signalés ; et ils ne doivent pas faire rejeter d'une manière générale l'usage de la compression dans le traitement des varices chez la femme enceinte.

Hémorrhoïdes. — Il est exceptionnel que les hémorrhoïdes déterminent l'avortement. Larroque (5) admet qu'elles peuvent causer l'avortement par l'irritation qu'elles provoquent du côté de l'utérus ou à la suite d'hémorrhagies abondantes. Pour Gendrin, les hémorrhoïdes pendant la grossesse sont liées à un état d'hyperhémie utéro-pelvienne; leur inflammation entretient une congestion étendue jusqu'aux organes génitaux internes et devient ainsi une cause d'hémorrhagie

(1) Des observations d'avortements à répétition dus à des lésions cardiaques ont été publiées par DUROZIEZ (*Arch. de tocol.*, 1875, p. 579. BERTHIOT Th. Paris, 1876, p. 57). Dans la thèse d'agrégation de M PORAK, Paris, 1880, se trouvent réunis les cas suivants : insuffisance mitrale, obs. de Chiara, p. 96, Duroziez, obs. 9, Budin, obs. 10 ; insuffisance et rétrécissement de l'orifice mitral, Peter, p. 94, Berthiot, obs. 44, Barth, obs. 53 ; lésion aortique, Seuvre, obs. 63.

(2) *Arch. de méd.*, 1839, 3e série, t. V, p. 326.

(3) *Jahresbericht*, 1884, t. II, p. 639.

(4) *Loc. cit.*, p. 109.

(5) FROMENTIN-DUPEUX. Th. Paris, 1841.

utéro-placentaire. Cet auteur (1) rapporte à l'appui de cette opinion une observation dans laquelle, après deux avortements, de petites saignées et des lavements froids ont suffi pour prévenir le retour de l'hémorrhagie utéro-placentaire et l'interruption de la grossesse.

Chloroanémie. — La chloroanémie exerce une influence fâcheuse sur toutes les fonctions, sur tous les organes par suite de la nutrition défectueuse qui en résulte. Sous son influence surviennent des troubles du système nerveux qui devient très impressionnable aux excitations même légères.

Il n'est donc pas étonnant que dans ces conditions la contraction utérine soit réveillée par des causes futiles, habituellement sans action sur elle. Souvent le phénomène primitif de la fausse couche est constitué par la mort du fœtus. Gusserow (2) a observé cinq femmes qui vers huit mois ont expulsé des fœtus morts à la suite d'anémie intense (3).

Hémophilie. — Des avortements à répétition ont été observés chez des femmes atteintes d'hémophilie. Kehrer (4) en a relaté des exemples, mais il ne croit pas qu'on puisse conclure de ces observations encore peu nombreuses à une disposition particulière de ces femmes à l'avortement. Cependant cette disposition est très probable : pendant la grossesse se produit dans l'utérus une circulation très active, le sang arrive dans cet organe en plus grande quantité, des vaisseaux nouveaux, fragiles, sont formés dans la caduque; la femme hémophile est donc, au moins théoriquement, pendant la grossesse, prédisposée à une hémorrhagie utérine, cause si fréquente de l'avortement.

Obs. — Kehrer (5) Femme M..., 23 ans, dont le père a eu dans

(1) *Médecine pratique*, 1839, t. II, p. 241.

(2) *Arch. f. Gynäk.*, II, p. 218.

(3) M. le Dr Leblond. *Annales de gynéc.*, t. IV, p. 98 ; Muller, *Wurzb. med. Zeitschrift*, VI, p. 160, ont rapporte des observations d'avortement à répétition ayant eu lieu sous l'influence de l'anémie.

(4) *Arch. f. Gynäk.*, t. X. 1876, p. 201.

(5) *Loc. cit.*

son adolescence et à 48 ans des épistaxis abondantes. Mère saine. Les menstrues étaient depuis l'âge de 16 ans régulières et très fortes.

Depuis trois ans qu'elle est mariée, elle a eu trois avortements avec hémorrhagies intenses, le premier à 6 mois, le 2e à 4 mois, le dernier à 3 mois de grossesse (mars 1871). Pendant la 4e grossesse, épistaxis abondantes ; au 4e mois hématurie, puis épistaxis pendant trois jours et trois nuits, qui auraient amené l'écoulement de plus de 3 chopes de sang, ces épistaxis se répétèrent encore souvent ; l'hématurie se renouvela quelquefois modérément. Au 5e mois avortement d'un fœtus macéré. Un mois après, mort sous l'influence de l'anémie (1).

9. Appareil respiratoire. — *Tuberculose pulmonaire.* — Les statistiques de Grisolle, Bourgeois, Caresme, Ortéga démontrent que la tuberculose pulmonaire peut provoquer l'interruption prématurée de la grossesse. Cependant il semble, d'après le nombre des observations qui ont été publiées, que cette maladie est une cause rare d'avortement à répétition. La marche souvent assez rapide que prend cette maladie sous l'influence d'une première grossesse peut en effet être un empêchement à des conceptions répétées.

Comment cette affection provoque-t-elle les avortements ? Souvent le fœtus, ne recevant pas de sa mère des matériaux suffisants pour sa nutrition, meurt de bonne heure dans le sein maternel, et sa mort explique la fausse couche. Mais le travail peut s'effectuer alors que le fœtus est encore vivant, et dans ces conditions il est difficile d'expliquer d'une façon précise le mécanisme de l'expulsion répétée du produit de la conception. Il est probable que les troubles circulatoires et la fièvre accompagnant les poussées aiguës de tuberculose, la toux jouent un certain rôle. Ajoutons enfin que les tubercules peuvent ne pas rester limités aux poumons, mais inté-

(1) Voyez en outre une observation de Heyfelder. *Med. Vereinszeitung* 1833, p. 215, et deux observations de Grandidier. Hémophilie, p. 22 et 32, et in Kehrer, *loc. cit.*

resser la muqueuse utérine et, ainsi que Barnes (1) l'a observé, en produisant une altération du placenta être une cause d'avortement (2).

Causes locales. — *Coït.* — Le coït trop fréquemment répété peut être une cause d'avortement. Les quatre vers suivants de Tillet expriment ce fait :

Pour conserver le fruit de vos chastes plaisirs,
Réprimez désormais vos amoureux désirs ;
Au feu qui vit en vous un autre feu peut nuire,
Et ce qu'Amour a fait, Amour peut le détruire.

C'est à cause de cette influence des rapports sexuels, dit Gautron (3), que Moïse défendit expressément aux Israélites d'habiter avec leurs femmes après l'imprégnation.

Vinette rapporte également que les femmes du Brésil se séparent de leurs maris lorsqu'elles sont enceintes.

Mauriceau, De Lamotte, Levret, Antoine Petit, Gardien, Joulin, Cazeaux, Depaul, Tarnier, Hubert de Louvain, etc., signalent cette cause d'avortement. Zimmermann (4), Franck, d'Outrepont (5) rapportent au coït des cas d'avortements avec récidive.

Parent-Duchâtelet et Serres ont remarqué chez les prostituées l'efficacité de cette cause. Velpeau (6) au contraire pense que le coït détermine rarement l'avortement sans l'existence d'une cause prédisposante antérieure. Mais c'est Miquel de Tours (7) qui a attribué à l'influence de l'acte conjugal la plus grande importance. « Si j'en crois mon observation personnelle, dit-il, le coït serait au moins neuf

(1) *Loc. cit.*, p. 295.

(2) Observations d'avortements répétés : MAURICEAU, obs. CDLV, BOURGEOIS. *Mém. de l'Académie de médecine*, t. XXV, 1861, p. 360.

(3) Th. Paris, 1802, p. 32.

(4) *Traité de l'exper.* Trad. Lefebvre, Paris, 1817, t. II, p. 208.

(5) DEUBEL. *Loc. cit.*, p. 12.

(6) *Traité complet de l'art des accouch.*, t. I, p. 395, 1835.

(7) *Tribut à la chir. prat. du vétéran de l'École de Bretonneau.* Tours, 1870.

fois sur dix la cause de la fausse couche. » Cette proportion est certainement exagérée ; mais l'influence du coït trop souvent répété sur la provocation de l'avortement est certaine. Dans cet acte, d'une part l'utérus subit des chocs directs, constituant de veritables traumatismes, capables de mettre en jeu la contractilité utérine ; d'autre part, il se produit une congestion et une excitation des organes génitaux qui peuvent déterminer la fausse couche. On comprend que ces troubles de l'utérus auront une action bien plus intense s'il existe au niveau de cet organe quelque lésion capable de l'irriter. C'est ce qui explique pourquoi les époques qui correspondent au retour périodique de la menstruation paraissent favorables à l'effet nuisible du coït.

Obs. — Hœbeke (1) raconte qu'une dame eut quatre avortements successifs à des époques différentes de la grossesse. Son mari, peu de temps après son mariage, eut de fréquents accès d'aliénation mentale et abusait des rapports génésiques. Au commencement de la 5e grossesse, il mourut. La gestation se termina régulièrement et un enfant vint à terme. Remariée au bout de deux ans à un homme plus continent, cette dame devint de nouveau enceinte et donna cette fois jour à une fille bien portante.

Obs. — Une cliente de Hubert, de Louvain (2), a eu quatre fausses couches et trois accouchements à terme.

Son mari a confessé à Hubert qu'il ne devait ses enfants qu'à une continence complète pendant la grossesse et que les avortements avaient chaque fois été déterminés par les rapports conjugaux et dans des conditions qui ne laissent aucun doute sur la relation de la cause à l'effet (3).

Molimen menstruel. — Si les règles font en général défaut pendant la grossesse, une congestion plus ou moins intense de l'utérus peut cependant se produire pendant la gestation

(1) *Cours d'accouchement*, 1878, t, II, p. 419.

(2) *Traité de l'avortement*. Paris, 1842.

(3) Paganel. *Loc. cit.*, p. 18, et Miquel. *Loc. cit.*, rapportent des observations semblables.

à chaque époque menstruelle. Nous en trouvons la preuve dans les écoulements sanguins légers survenant parfois périodiquement pendant la grossesse et, en l'absence de ces écoulements, dans les phénomènes généraux (malaises, pesanteurs dans les cuisses, l'hygogastre, dans les lombes, etc.), que certaines femmes éprouvent d'une façon périodique après la conception (1). Cette congestion cataméniale se produirait dans toutes les grossesses d'après Playfair (2). Jacquemier (3) croit qu'elle existe le plus souvent pendant les premiers temps de la gestation. Elle n'a d'habitude sur la marche de la grossesse aucune influence fâcheuse ; même dans les cas où elle a été très accentuée, où elle s'est traduite par un écoulement sanguin, elle a rarement provoqué la fausse couche. Cependant on a observé que les avortements à répétition se produisent fréquemment aux époques correspondant à la menstruation. Boerhave (4) dit avoir remarqué que sur dix avortements survenus spontanément dans les premiers mois, il en est neuf qui se sont produits à l'époque cataméniale.

Mme Lachapelle, Dugès, Gardien, Cazeaux, Jacquemier, Hubert de Louvain, Playfair, etc., ont remarqué également les relations qui existent entre les avortements et les époques menstruelles. D'après ces nombreuses observations, il est impossible de ne voir dans ces faits, ainsi que le veut Joulin (5), qu'une simple coïncidence et on est obligé d'admettre que la congestion cataméniale a une influence sur l'interruption de la grossesse. Cette influence est, du reste, démontrée par les nombreux cas dans lesquels des saignées pratiquées aux époques menstruelles ont pu empêcher le retour d'avortements pendant ces époques.

---

(1) DUGÈS. Mém. sur les causes de l'avortement. *Revue médicale*, 1824, t. III.

(2) *Loc. cit.*

(3) *Dict. sc. méd.* Avortement.

(4) GARDIEN. *Traité complet d'accouch.*, 1824, t. II, p. 128.

(5) *Loc. cit.*, p. 748.

Mais l'action du molimen menstruel n'a, en général, dans l'expulsion du fœtus qu'un rôle secondaire. C'est une cause prédisposante qui, par elle-même, lorsque les différentes fonctions de l'économie sont bien équilibrées, n'a aucune influence fâcheuse, mais qui peut occasionner des avortements « lorsqu'elle est associée à certaines prédispositions physiologiques ou pathologiques ou à certains troubles fonctionnels qui tiennent à la menstruation elle-même, comme la disposition aux ménorrhagies, aux diverses espèces de dysménorrhée, aux fluxions soudaines, aux congestions habituelles de l'utérus, aux ménorrhagies, etc. » (Jacquemier).

Obs. — Chailly-Honoré (1) fut consulté par une femme qui avait fait successivement deux fausses couches.

Habituellement réglée avec abondance, cette dame continuait à voir un peu à chaque époque, quoiqu'elle fût enceinte, et c'était cette circonstance qui, complètement méconnue, avait déterminé les deux fausses couches précédentes. De petites saignées révulsives et le repos pendant les premiers mois d'une troisième grossesse, jusqu'à ce que l'époque fatale fût bien passée, lui permirent de mener à bien cette nouvelle grossesse (2).

Rigidité utérine. — D'après une opinion déjà ancienne, la rigidité de l'utérus peut être une cause d'interruption de la grossesse. On comprend que cette rigidité ne permette pendant la gestation qu'un développement insuffisant de la matrice et que le fœtus soit expulsé prématurément hors des parties génitales.

Mais si au point de vue théorique cette cause d'avortement est acceptable, pratiquement elle est bien difficile à vérifier. Sans doute, quelques observations montrent que quelquefois les avortements successifs ont lieu à des époques de plus en plus rapprochées du terme normal de la grossesse, et qu'après

(1) *Bulletin de thérapeutique*, 1882, t. XXII, p. 227.

(2) Des observations semblables sont rapportées par Campbell, Goubert, Th. Paris, 1878, p. 11, et Mme Resseguier. *Gaz. obst.*, t. 1, p. 245.

un certain nombre d'expulsions prématurées, les grossesses arrivent souvent à suivre un cours régulier. Si on peut expliquer cette marche des grossesses successives par un état de rigidité des fibres utérines qui s'affaiblit à chaque grossesse au point de disparaître complètement, il est impossible de donner de cette interprétation des faits une démonstration positive, et le champ reste ici ouvert à de nombreuses hypothèses. Aussi n'est-il pas étonnant que certains auteurs parmi lesquels nous citerons Joulin (1), Grünewaldt (2) refusent d'admettre cette cause d'avortement. Malgré le doute que l'on peut avoir sur l'existence de cette origine des fausses couches, nous relatons l'observation suivante rapportée par Delamotte.

Obs. — (3) Une jeune femme est devenue deux fois enceinte. Elle avorta d'abord au cinquième mois, puis au sixième. Elle accouche ensuite à terme trois fois de suite. De nouveau enceinte, elle avorte au sixième mois, mais cette fois après une grossesse gémellaire ; enfin, une dernière fois, la gestation parcourt normalement ses périodes. Toujours l'enfant expulsé était vivant. Une seule fois l'auteur a oublié de mentionner son état. On constate, dit Garimond, dans cette observation, la résistance du tissu, qui peu à peu s'accommode au développement physiologique, et tout d'un coup reparaît lorsque celui-ci prend des proportions exagérées dans la grossesse gémellaire.

Si dans les avortements, l'action de la rigidité dont nous venons de parler, et qu'on pourrait appeler *rigidité physiologique*, peut être mise en doute, il n'en est pas de même d'une autre variété que l'on peut désigner sous le nom de *rigidité pathologique*. Celle-ci se produit, dans les néoplasmes utérins, dans la métrite chronique parenchymateuse, et elle joue alors un grand rôle dans l'avortement,

---

(1) *Loc. cit.*, p. 748.

(2) *Arch. f. Gynäk.*, 1875, t. VIII, 3, p. 414.

(3) Garimond. *Loc. cit.*, p. 75.

ainsi que nous le verrons plus loin. Elle peut se rencontrer également à la suite d'une opération césarienne, alors que la réunion de la plaie césarienne a donné naissance à un tissu cicatriciel, peu extensible.

L'observation suivante montre que des accouchements prématurés à répétition peuvent être la conséquence de cette variété de *rigidité pathologique*.

Obs. — Beaudelocque (1) rapporte qu'une femme après l'opération césarienne est accouchée quatre fois au septième mois, la cause de ces expulsions prématurées résidait seulement dans la cicatrice utérine qui ne permettait pas un développement suffisant de la matrice.

Atonie utérine. — Les réserves que nous avons faites pour la rigidité de l'utérus s'appliquent également, et pour des motifs semblables, à l'atonie du corps de l'utérus.

Irritabilité exagérée de l'utérus. — Chez certaines femmes sujettes aux avortements on a admis une irritabilité, une contractilité excessives de l'utérus, en l'absence de toute lésion apparente, sans autre trouble nerveux apparent. Si ces femmes, après un certain nombre de fausses couches, arrivent souvent à mener leurs grossesses à terme, c'est, a-t-on dit, parce que l'utérus s'habitue petit à petit aux fonctions de la génération et devient moins irritable. Capon (2), cite une observation à l'appui de cette hypothèse.

Malformations utérines. — *Utérus unicorne.* — Les femmes atteintes de cette malformation peuvent accoucher à terme. Ce fait est prouvé par plusieurs observations, entre autres par celle de Chaussier, dans laquelle une femme ayant un utérus unicorne, a eu une grossesse double normale, et mourut après son dixième accouchement. Mais il est facile de comprendre qu'avec cette malformation l'utérus puisse

(1) Leopold. Das habituelle absterben der Frucht. *Arch. f. Gynäk.*, t. VIII, 1875.

(2) *Des fausses couches*. Th. Paris, 1826, p. 22.

ne pas se prêter à un développement complet, ne soit pas susceptible de fournir assez de tissu pour contenir un fœtus à terme, et que l'expulsion prématurée du produit de la conception en soit quelquefois la conséquence. Ainsi que le dit Muller (1), ce qu'on observe le plus souvent si la grossesse ne va pas à terme, ce ne sont pas des avortements, mais des accouchements prématurés. Cet auteur cite un cas dans lequel, sans autre cause que cette malformation, trois fois les fœtus ont été expulsés cinq semaines avant terme.

Utérus double. — Dans ce cas, la gestation suit ordinairement son cours normal. Cependant, pour des raisons indiquées à propos de l'utérus unicorne, les avortements sont possibles. Bagard, cité par le professeur Lefort (2), a observé chez une femme présentant un utérus double, quatorze grossesses successives, toutes terminées par des avortements. Ruge (3), dans un cas d'utérus septus, après deux expulsions prématurées de fœtus qui ne purent vivre, fit faire par Schrœder la section de la cloison utérine. La femme redevint enceinte et accoucha à terme.

Involution incomplète de l'utérus. — L'involution utérine n'est complète, en général, que dix à douze semaines, au moins, après l'accouchement à terme. Elle est plus lente dans les accouchements prématurés et les avortements que dans les accouchements à terme, quoique dans les premiers cas, l'utérus revienne plus tôt à ses dimensions primitives. La muqueuse utérine, d'après Leopold, est régénérée au bout de six semaines.

Si une grossesse débute avant l'involution à peu près complète de la matrice, surtout avant que la tunique muqueuse de l'utérus ait repris sa structure normale, on devra fortement craindre un avortement. « Quelquefois, dit Lusk (4),

(1) *Handbuch der Geburtshülfe*, t. II.

(2) Thèse d'agrégation. Paris, 1863, p. 88.

(3) *Zeitschrift f. Geb. und Gyn.*, t. X, p. 141.

(4) *Science et art des accouchements*, trad. par le Dr DOLÉRIS, p. 362.

un nouvel avortement suit de très près un avortement antérieur chez les femmes nouvellement mariées. Tandis que la première fausse couche peut avoir succédé à une cause purement accidentelle, la suivante peut être sous la dépendance d'un état défectueux de la muqueuse utérine, engendré par la succession trop rapide des deux grossesses, laquelle n'a pas permis à cette membrane de revenir à son état normal. On pourra, dans ces cas, conseiller avec succès l'abstention de tout rapprochement sexuel pendant une période de six semaines » (1).

Métrite chronique. — On décrit généralement deux variétés de métrites chroniques, l'une interne, dans laquelle la muqueuse est surtout lésée ; l'autre, parenchymateuse, dans laquelle les altérations existent principalement dans la tunique musculaire. Mais dans les deux cas, on trouve des lésions de la muqueuse et du parenchyme utérin.

La muqueuse est épaissie, congestionnée, villeuse. Au microscope, on constate que l'épithélium cylindrique a disparu, que les villosités sont constituées, tantôt par des glandes dilatées, tantôt par du tissu embryonnaire, avec de rares vaisseaux, tantôt presque uniquement par des vaisseaux ; d'autres fois enfin, ces trois sortes de lésions se rencontrent sur le même utérus.

La tunique musculaire est au début hypertrophiée, ramollie, rougeâtre ; plus tard elle s'atrophie, s'indure et prend une coloration blanche. Ces altérations sont dues à une prolifération embryonnaire qui se produit autour des vaisseaux, à une sclérose circum-vasculaire, ainsi que l'appelle M. de Sinéty.

On conçoit aisément que dans des conditions pareilles, avec un utérus ainsi transformé, un avortement puisse se produire et même, vu la longue durée habituelle de la maladie, que des avortements puissent se répéter chez la même femme, Les modifications du parenchyme utérin aussi bien que de

(1) Observation d'avortements répétés. SKEM. *Arch. de tocol.*, 1884, p. 658.

la muqueuse concourent à ce résultat. Ainsi que le font remarquer Leopold (1) et Bick (2), la rigidité du parenchyme qui est la conséquence plus ou moins éloignée de la prolifération embryonnaire circum-vasculaire, ne permet qu'un développement limité de l'utérus gravide et suffit, dans bien des cas, à expliquer l'interruption répétée de la grossesse. Mais les altérations de la muqueuse ont une action bien plus efficace pour produire l'avortement. Elles persistent pendant la grossesse et donnent lieu à l'endométrite *gravidarum* (Veit). La vascularisation de la muqueuse déjà hyperhémiée par la métrite augmente sous l'influence de la fécondation et est l'origine d'hémorrhagies qui se produisent dans la caduque ou dans le placenta et qui peuvent entraîner la mort du fœtus ou provoquer des contractions utérines. Plus rarement, suivant Muller (3), la contraction utérine est le phénomène initial de l'avortement, et n'est pas précédée d'hémorrhagie ni de la mort du fœtus. Ajoutons enfin que l'endométrite peut être une cause d'hydrorrhée, et que si le liquide hydrorrhéique est expulsé brusqnement et en grande quantité, la diminution subite du volume de l'utérus peut entraîner un décollement de l'œuf (Muller) ou des contractions utérines.

L'influence de la métrite sur la marche de la grossesse est le plus souvent en rapport avec l'intensité des lésions de l'utérus. Cependant, ainsi que Veit (4) a eu l'occasion de l'observer, cette affection peut se traduire à l'état de vacuité de l'utérus par des symptômes peu importants et entraîner cependant l'avortement. L'examen de l'œuf expulsé prématurément permet souvent dans ces cas de reconnaître l'existence d'une endométrite caractéristique.

Obs. — Maslovsky (5) de St-Pétersbourg a vu une femme sujette

(1) *Arch. f. Gynäk.*, 1875, t. VIII, p. 220.

(2) *Loc. cit.*

(3) *Handbuch der Geburtshulfe*, t. II, 1re partie.

(4) *Berlin. klin. Wochensch*, 1887, p, 641.

(5) *Centr. Blatt. f. Gynäk*, t. IV, 1880, p. 15.

à l'avortement à répétition. Dans une année, elle eut trois avortements à la fin du 2e mois. La caduque utérine qui se détachait avait la forme de la cavité utérine. Deux des caduques ont été examinées par l'auteur. Elles étaient parsemées de petits kystes (kystes par rétention), tapissés par places dans leur paroi interne d'un épithélium, et qui avaient pour origine un état inflammatoire chronique de la muqueuse utérine, une endométrite chronique.

Obs. — Schurig (1) a observé une femme atteinte de métrite chronique qui a avorté vingt-quatre fois au 3e mois de la grossesse sans autre cause (2).

Fibromes utérins. — La grossesse compliquée de fibromes utérins suit très souvent une marche normale. On a même vu une tumeur fibreuse permettre à une grossesse triple d'aller jusqu'à terme (3). Mais assez fréquemment ces néoplasmes sont une cause d'avortement.

La fréquence de cet accident n'est pas encore bien déterminée et varie avec les différentes statistiques. Ainsi, tandis que West a trouvé 28 avortements pour 36 cas, soit 1 sur 1,2 et que Rœrhrig (4) a signalé 129 expulsions prématurées sur 147 grossesses, M. Lefour (5), n'indique que 39 fausses couches pour 227 cas, soit 1 sur 5,8.

L'influence des fibromes sur la marche de la grossesse varie avec leur siège; les myômes sous-muqueux ont l'influence la plus considérable, tandis que les tumeurs sous-péritonéales nuisent le moins souvent à la marche de la gestation. D'après Forget et d'après les recherches de Chahbazian (6), les tumeurs du col donnent plus souvent lieu à un accouchement prématuré qu'à un avortement, tandis que le contraire existe pour les tumeurs du corps de l'utérus.

---

(1) Bick. *Loc. cit.*, p. 43.

(2) Voyez des observations semblables d'Abarbanell (*Monatsch. f. Geb.*, t. XIX, p. 106), d'Hegar (*Monatsch. f. Geb.*, 1863, fasc, suppl. p. 41).

(3) Clintock. *Clinical memours Dublin*, 1863, p. 116.

(4) *Zetsch f. Geb.*, t. V, 1888, p. 301.

(5) Th. d'agrég. Paris, 1880.

(6) Thèse. Paris. 1882, p. 45

Le mode d'action des fibromes sur la production de l'avortement semble multiple. Tantôt la tumeur joue le rôle d'une épine qui irrite l'utérus et détermine des contractions utérines. Cette explication est surtout applicable aux fibromes pédiculés du col, car l'on sait combien les corps étrangers introduits dans cette partie de la matrice, occasionnent facilement les contractions utérines. D'autres fois, les hémorrhagies, fréquentes pendant les grossesses compliquées de fibromes, paraissent être la cause première de l'avortement. Ailleurs, c'est une déviation utérine occasionnée par la tumeur, qui est l'origine des accidents. Notons enfin que la présence du fibrome diminue l'élasticité des parois utérines et peut empêcher celles-ci de se prêter à un développement régulier (1).

Cancer utérin (2). — Si l'avortement à répétition est relativement fréquent dans les cas de tumeurs fibreuses de l'utérus, il est au contraire très rare dans le cancer utérin. Ce fait provient en partie de la durée différente de ces deux affections : la première persiste pendant de longues années ; la seconde n'a qu'une durée limitée. Cependant l'avortement unique est fréquemment observé dans les cas de cancer de l'utérus. D'après M. Bar (3), il se produirait 13 fois 0/0 environ. Les hémorrhagies, la rigidité d'une partie des parois utérines, et souvent l'endométrite et l'épuisement de la femme expliquent l'expulsion prématurée du produit de la gestation.

---

(1) Observations d'avortement à répétition : LEVER (*Guy's Hospital report* 1842, p. 31), BOIVIN (*Journ. hebd. de méd.* 1829, t. IV, p. 206), LODER (Thèse DEUBEL, p. 31), CRISP (in OLDHAM *Guy's Hosp. rep.*, 2 s. vol. II, 1844). Dans la thèse d'agrégation de M. LEFOUR (Paris, 1880), se trouvent réunis les cas suivants ; Boivin et Dugès, p. 274, Otto Brau, p. 276, Campa, p. 280, Charpentier, p. 343, Dupuytren, p. 282, Danyau, p. 286, Guéniot, p. 294, Kidd, p. 298, Lumpe, p. 302, Lehmann, p. 304, Mitchell, p. 310, Osiander, p. 312.

(2) Des observations de Lever et de Gonner relatées par M. BAR (Thèse d'agrégation. Paris, 1886, p. 31), démontrent que des grossesses peuvent se répéter chez les femmes atteintes de cancer utérin.

(3) Thèse d'agrégation. Paris, 1886, p. 46.

Laxité du col. — On a admis que chez certaines femmes le col de la matrice présente, en l'absence de toute lésion organique, un état d'atonie, de faiblesse de ses fibres qui prédispose aux avortements. Burton (1), Désormeaux, Gautron, Cazeaux, Deubel, etc., ont signalé cette cause d'avortement.

Désormeaux fait observer que, dans cet état du col, les époques où survient l'avortement se rapprochent d'autant plus du début de la gestation que les grossesses ont été plus fréquentes. Au contraire, dans la rigidité de l'utérus, les avortements se produisent successivement à des époques de plus en plus rapprochées du terme normal de la grossesse (2).

Ulcérations du col de l'utérus. — Des opinions très diverses ont été émises sur l'influence des ulcérations du col sur la marche de la grossesse. Cazeaux rapporte que Gosselin, Huguier, Danyau, Cloquet les croient inoffensives, tandis que Boys de Loury, Costilhes, Coffin, Bennet et lui-même pensent qu'elles peuvent entraîner des avortements. Ce sont les ulcérations fongueuses, cratériformes, pénétrant dans l'intérieur du col qui semblent être les plus dangereuses pour la grossesse. Au contraire, les ulcérations simples, les érosions n'ont habituellement aucune action fâcheuse.

Déchirures du col de la matrice. — On constate assez souvent après l'accouchement sur un côté ou sur les deux côtés du col utérin une déchirure de longueur variable, pouvant s'étendre jusqu'au-dessus de l'insertion vaginale. Fréquemment les lèvres de cette plaie se réunissent et le col reprend sa forme normale; mais quelquefois elle se cicatrisent isolément et la déchirure est persistante.

La fréquence de cette infirmité semble assez considérable, d'après les auteurs américains. Emmet sur 500 femmes a trouvé 164 lacérations du col, soit 32,8 0/0. Le Dr Johnson, chef de clinique du Dr Murphy, sur 175 femmes examinées

---

(1) *Système nouveau de l'art des accouch.*, trad. Lemoine, 1771, t. I, p. 419 et 436.

(2) Observation d'avortements répétés : BURTON. *Loc. cit.*, p. 436.

trois semaines après un travail normal, a noté 91 cas de déchirure plus ou moins étendue, soit 52 0/0. Le Dr Pallen (1), sur 900 femmes atteintes d'affections génitales a trouvé 200 lacérations du col.

Lorsque ces déchirures persistent après l'accouchement, les lèvres du col ont une tendance naturelle à se séparer, et l'ectropion en est la conséquence. La muqueuse du canal cervical s'enflamme alors facilement, d'une part à la suite de ses frottements contre la paroi vaginale, d'autre part sous l'influence de l'étranglement, de la gêne de la circulation en retour, produite par le tissu cicatriciel qui se forme à l'angle supérieur de la déchirure. Cette endométrite ne reste pas toujours limitée au col, elle se propage souvent au corps utérin ; quelquefois on a même noté des phlegmasies péri-utérines et des déviations de l'utérus. Ajoutons que des névralgies du col sont assez fréquemment observées.

On comprend facilement, après l'énumération de ces troubles engendrés par la déchirure du col, que cette affection lorsqu'elle présente une grande étendue, puisse compromettre la marche de la grossesse. Sans doute, des femmes arrivent au terme normal de la gestation bien qu'elles soient atteintes de grandes déchirures du col ; mais l'avortement et même des avortements répétés ont été fréquemment observés.

Déjà Gautron, en 1802 (2), a attiré l'attention sur cette cause d'interruption de la grossesse. « La fausse couche, dit-il, est presque inévitable si le col de la matrice conserve une ouverture latérale provenant de déchirements qui ont eu lieu dans les couches précédentes, et dont les bords ne se sont pas réunis, parce qu'alors la dilatation de l'utérus n'ayant pas lieu d'une manière uniforme, le point où la division du col commence supporte lui seul tout l'effort de la dilatation. Or ce point éprouve un allongement trop prompt ; le tiraillement qui en résulte devient douloureux, et déter-

---

(1) Congrès méd. intern. de Londres, *Arch. de tocol.*, 1881.

(2) *Loc. cit.*, p. 37.

mine les contractions de la matrice, et la fausse couche en est la suite. »

Olshausen, en 1877 (1), admet que l'avortement est dû dans ces cas à la mise à nu prématurée du pôle inférieur de l'œuf, par suite de l'écartement des lèvres du col. Cette mise à nu peut occasionner des contractions utérines ou une lésion des membranes.

Mais, outre cette action directe de la déchirure, il est certain que les complications que nous avons énumérées jouent souvent un rôle considérable dans la provocation de l'avortement. Aussi Spiegelberg (2) pour qui les déchirures du col sont une cause d'avortements à répétition, et qui même chez une femme ayant avorté, a pu, grâce à la restauration du col, permettre à une nouvelle grossesse d'aller à terme, dit qu'il est difficile de faire la part qu'on doit attribuer à la déchirure ou à l'endométrite et la subinvolution qui existent en même temps qu'elle.

Howitz (3) et Muller (4) vont même plus loin et pensent que la déchirure du col n'a pas d'influence directe sur la marche de la grossesse; Howitz a observé des avortements chez 21 femmes atteintes de lacération du col. Or 16 de ces malades avaient une flexion utérine, 6 une paramétrite en même temps que la flexion, et 1 avait une paramétrite seule. Il n'y eut donc avortement que dans 4 cas non compliqués. C'est à la flexion, à la paramétrite qu'on pourrait par conséquent rapporter l'origine de l'avortement.

Gaillard Thomas fait jouer un grand rôle à l'irritation des nerfs de la muqueuse cervicale en ectropion.

Quel que soit le mécanisme par lequel l'avortement se produit dans ces cas, il est certain que la lacération du col est le point de départ de la fausse couche, et elle mérite une

(1) *Centralblatt f. Gynäk.*, 1877, n° 13, p. 238.

(2) Ueber Cervicalrisse. *Bresl. ærztl. Z.*, 1879, n° 1.

(3) *Gynäkolog. obstetr. Meddelelser*, t. III, p. 70, 1878.

(4) *Loc. cit.*, t. II.

place importante dans l'étiologie de l'avortement à répétition.

Obs. — Olshausen (1). W... 29 ans, est accouchée au huitième mois de la grossesse d'un enfant en présentation transversale. Ensuite elle avorta à 3 mois, à 4 mois, encore une fois à 4 mois, à 7 et à 6 mois. Tous les fœtus étaient frais au moment de leur expulsion. Dans la grossesse suivante, la 7e, Olshausen constata une rétroversion très peu prononcée et une déchirure profonde du col, s'étendant au-dessus de l'insertion vaginale. Aucune autre anomalie. Pas d'incarcération de l'utérus dans le petit bassin, car la rétroversion était trop peu considérable; le fond de l'utérus avait dépassé le détroit supérieur. Avortement 12 semaines après la dernière menstruation. Dans la grossesse suivante, il n'y eut pas de rétroversion. L'avortement eut lieu 17 semaines après les dernières règles. L'ectropion du col était léger dans ce cas. Un examen minutieux de la femme et du mari ne donna pas lieu de soupçonner la syphilis (2).

(A suivre.)

REVUE CLINIQUE

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — LITHOPÉDION SIÉGEANT SUR LA FACE ANTÉRIEURE DE L'UTÉRUS ET SAILLANT SANS INTERMEDIAIRE DANS LA CAVITÉ PÉRITONÉALE. — LAPAROTOMIE. — EXTRACTION DU FŒTUS ET DU KYSTE. — GUÉRISON

Par **Tuffier**, agrégé de la Faculté de Paris, chirurgien des hôpitaux.

Co..., Mathilde, âgée de 34 ans, cuisinière, entrée le 6 février 1890, à l'hôpital Beaujon.

C'est une femme grande, forte, bien constituée, qui est entrée dans le service de M. Gombault, pour se faire soigner de douleurs

(1) *Centralbl. f. Gynäk.*, 1877, n° 13, p. 233.

(2) Voyez encore les observations de Schwarz (in Tarnier et Budin, *loc. cit.*, p. 477), de Möses (Thèse. Breslau, 1884, p. 20), Skem (*Arch. de tocologie*, 1884, p. 658), Doléris (*Nouv. arch. d'obst. et de gynéc.*, 1887, p. 430) et trois cas de Graily-Hewitt (*Nouv. arch. d'obst. et de gynéc.* 1886, p. 240).

abdominales. L'examen ayant fait reconnaître une tumeur occupant la région hypogastrique, une intervention chirurgicale est jugée nécessaire et la malade nous est adressée.

Les antécédents pathologiques de cette femme sont intéressants. Elle est réglée depuis l'âge de 17 ans, régulièrement, sans leucorrhée. Elle a eu à l'âge de 23 ans une grossesse suivie d'un accouchement facile et sans accident ultérieur; elle nourrit son enfant pendant un an si bien que ses règles ne réapparurent que 8 mois après sa délivrance et cela sans aucun incident. Tout rentre dans l'ordre; à la fin de 1887, les règles avancent d'abord de quelques jours, puis reviennent régulièrement jusqu'au 15 octobre 1889.

A cette époque, la menstruation fit défaut pendant un mois, sans que la malade eut aucune douleur, mais quinze jours après survint une perte de quelques gouttes de sang; en même temps l'abdomen devint le siège de douleurs sourdes, d'une sorte de pesanteur occupant le bas-ventre.

Ces phénomènes, douloureux et constants, s'accompagnent à intervalles variables, toutes les 2 à 3 semaines environ, d'accès très aigus survenant brusquement, durant une heure et provoquant des douleurs si vives que la malade eut en décembre dernier une syncope. Ces accidents persistant, un médecin fut mandé. Il trouva le ventre gros, sensible, ordonna une médication laxative, puis des opiacés. Dix jours après, la malade reprit ses occupations. Quelques jours plus tard, la menstruation reparut normale. Pendant toute cette période qui va du 30 *octobre* 1889 *au* 6 *janvier* 1890, *des pertes de quelques gouttes de sang se répètent environ tous les* 8 *jours.*

Le 26 janvier, nouvelle métrorrhagie avec quelques caillots. Les douleurs deviennent alors si vives, que la malade entre à l'hôpital aussitôt que le tout a suffisamment diminué pour permettre qu'on la transporte.

Nous trouvons alors une femme assez grasse, ni émaciée, ni même anémiée. Le ventre est un peu gros, mais rien à première vue n'y révèle une tumeur. Il est facile à explorer car toute sensibilité anormale a disparu. On trouve dans l'hypogastre une tuméfaction du volume d'un gros poing d'adulte, remontant sur la ligne médiane à environ 4 travers de doigt au-dessus du pubis, se perdant en bas derrière la symphyse. De chaque côté, elle empiète sur les fosses iliaques, surtout à droite. Elle est lisse, dure,

facile à circonscrire avec les deux mains, et si superficielle qu'on la croirait presque dans l'épaisseur de la paroi abdominale que l'on peut saisir et déplacer à sa surface.

Le toucher vaginal permet d'apprécier l'épaisseur de la tuméfaction, son siège à la face antérieure de l'utérus, sa fusion absolue avec cet organe qui est en rétroflexion; le col est normal, sans augmentation de volume.

On sent par l'exploration rectale la paroi postérieure de l'utérus saillante dans cette cavité, mais lisse et normale. Les régions voisines sont comprimées par cette tumeur, comme l'attestent les mictions fréquentes et la constipation qui dure généralement 5 à 6 jours. L'état général est bon, les autres organes ne présentent aucune lésion.

En présence de ces accidents, mon collègue Brun et moi pensons à un fibrome utérin, toutefois l'évolution de la maladie, le siège de la tumeur nous laissant indécis, nous prenons la résolution d'endormir la malade pour faire un examen plus approfondi. L'anesthésie ne nous révéla rien que nous ne sachions. Dans ces circonstances, j'aurais employé le traitement électrique, si j'avais eu un diagnostic certain, mais en face d'une hésitation justifiée, d'une tumeur anté-utérine d'origine douteuse, je n'hésitai pas à proposer la laparotomie qui fut acceptée et exécutée au pavillon Dolbeau, le 13 mars 1890. La suite va démontrer que cette conduite était justifiée. L'opération fut faite avec l'aide de M. le Dr Poupinel et des internes du service de M. Th. Anger.

L'abdomen est ouvert à 1 travers de doigt au-dessous de l'ombilic dans l'étendue de 8 centimètres. Les doigts introduits dans l'abdomen sentent la tumeur lisse et à sa surface une masse dure, pierreuse, irrégulière, présentant une petite partie complètement mobile. C'est un bras de fœtus calcifié. Agrandissement de l'incision dans l'étendue de 4 centimètres. Je vois alors le dos libre et nu du fœtus calcifié collé par son ventre sur la face antérieure de la tumeur, trop grosse pour qu'il puisse l'embrasser. Je ne puis mieux le comparer qu'à un enfant cramponné sur une mappemonde trop volumiueuse, et cherchant à s'y retenir.

La tumeur qui accompagne le fœtus est adhérente à la face antérieure de l'utérus, à l'intestin, au ligament large. Je détache assez facilement toutes ces adhérences et je l'extrais telle qu'elle est représentée ici. Annexes sans lésions apparentes.

Toilette du péritoine. Suture du péritoine, puis de la paroi, au catgut. Suture de la peau au crin de Florence, pansement iodoformé et ouaté.

Les suites opératoires sont d'une bénignité remarquable. Pas de vomissements, pas de fièvre. Réunion complète au 7e jour. Au



2e pansement fait le 10e jour, la cicatrice est parfaite. Le 23 mars la malade rentre à la salle commune. Etat général parfait.

J'ai revu cette femme le 7 juin. Sa cicatrice est parfaite, elle est depuis deux mois réglée sans aucun phénomène anormal. Les douleurs ont complètement disparu.

La tumeur arrondie, mesure 14 centimètres de diamètre vertical et 10 centimètres de diamètre antéro-postérieur.

M. le professeur Pinard a bien voulu la faire examiner dans son service.

Note sur la pièce remise par M. Tuffier.

(Je supposerai, dans ma description, que le kyste vu d'avant et de face, se présente comme dans le schéma n° 1.)

La tumeur qui nous a été remise est assez régulièrement sphérique, un peu aplatie d'avant en arrière. Elle mesure 8 centim. de diamètre vertical, 7 c. 7 de diamère transverse, 6 cent. 1/2 d'épaisseur.

Sur sa face antérieure, en bas et à droite, est couché et adhère solidement un squelette fœtal dont les différentes pièces sont aisément reconnaissables mesure 5 centim. du sommet de la tête à

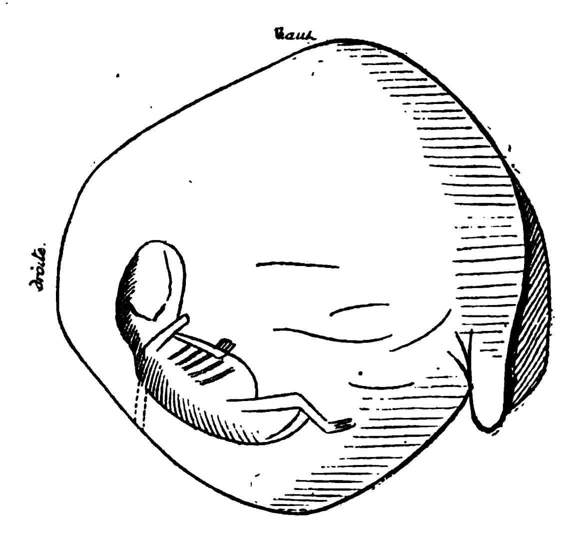


Figure réduite de 1/5.

l'extrémité du membre inférieur droit demi-fléchi. La tête aplatie, dont on distingue bien le pariétal droit, a 2 centim. du sommet au sillon du cou et 1 centim. 8 dans le sens perpendiculaire au précédent (occipito-facial). Ce squelette adhère à la tumeur par son flanc gauche qui y semble incrusté ; le membre thoracique gauche en abduction est enfoui dans la paroi : on le sent plus qu'on ne le voit. Par contre le côté droit de la tête et le flanc droit sont

entièrement à nu et les membres correspondants libres et mobiles dans toute leur étendue.

En essayant de détacher le fœtus on attire la paroi limitante de la tumeur qui s'éloigne, en formant soufflet, d'une partie dure sous-jacente. Le soulèvement en soufflet de la paroi s'étend sur une grande étendue de la face antéro-latérale gauche et, en palpant à ce niveau, on sent que la paroi limitante est partout séparée du contenu par un espace vide, une sorte de cavité.

Partout ailleurs la tumeur présente une consistance dure, sans trace de rénitence, et il est évident que paroi et contenu sont immédiatement appliqués l'un à l'autre sans glissement possible.

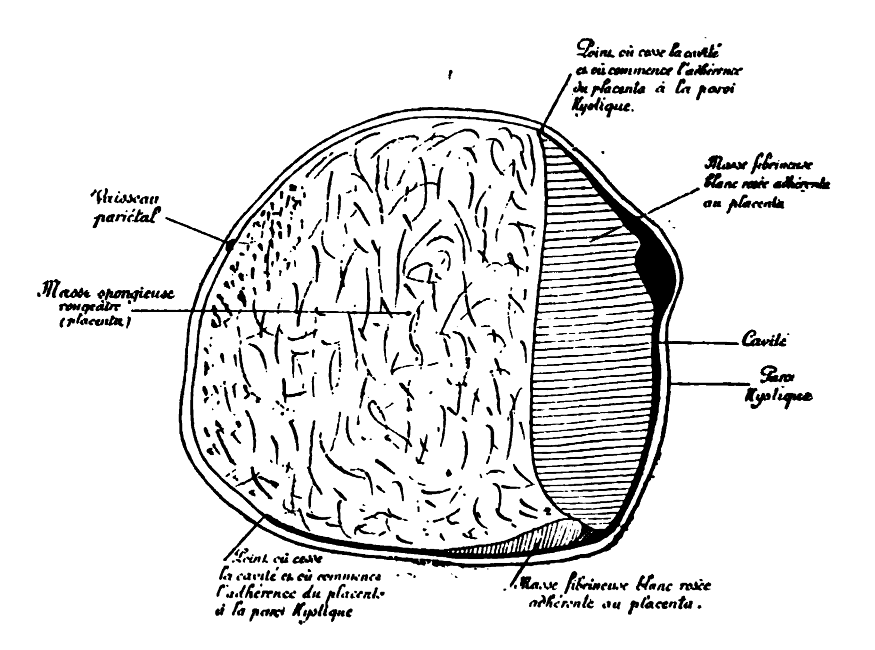


Figure réduite de 1/5.

Sur toute la périphérie de la tumeur on trouve les traces des adhérences qu'on a dû séparer pendant l'opération ; pas de pédicule.

Ces constatations faites, nous sectionnons, d'un seul coup avec

au couteau à cerveau bien affilé, la tumeur parallèlement à sa surface antérieure et nous obtenons ainsi une surface de coupe aussi nette que sur une pièce congelée. Les deux moitiés de la tumeur sont de dimensions à peu près égales.

Le schéma ci-contre est la reproduction exacte de la tranche postérieure (celle qui fait face en avant).

On y voit :

1° Que la tumeur est partout limitée par une coque dense à limites nettes, de coloration violâtre, dont l'épaisseur varie de 1 à 2 millim. On y aperçoit à droite la coupe d'un vaisseau.

2° Qu'à droite et dans la plus grande partie du haut cette paroi est adhérente, fusionnée avec une masse spongieuse, rougeâtre qui constitue la masse principale de la tumeur et qui paraît être un placenta. A gauche au contraire et sur la plus grande partie de la paroi inférieure la coque est libre d'adhérences, se laisse aisément écarter du contenu (c'est cette portion qui faisait soufflet) et déjà avant tout écartement est séparée du contenu kystique par une cavité, un espace vide à parois tapissées de feuillets minces, décollables, ressemblant à des membranes ovulaires.

La masse intra-kystique qui fait face à la portion de paroi libre d'adhérences est formée non par le tissu d'apparence placentaire ci-dessus décrit, mais par une couche (épaisse d'un travers de doigt) dense, blanc rosé qui par sa face profonde adhère lâchement à la masse placentaire.

Nous écartons alors l'un de l'autre, comme on fait pour peler une orange, le contenu du kyste et la coque, en éversant peu à peu la paroi libre.

Bientôt l'écartement est arrêté par la ligne d'adhérence à la masse spongieuse.

Mais en exerçant des tractions modérées on arrive à peler complètement cette masse et l'on obtient intacte toute la coque de la moitié postérieure de la tumeur. On a ainsi d'une part le contenu de la tumeur et de l'autre, une calotte pariétale partout continue.

On sépare sans peine de la masse spongieuse et rougeâtre la couche blanc rosé qui est feuilletée et d'aspect fibrineux.

La même préparation est faite sur la moitié antérieure de la tumeur. La paroi est aisément séparée du contenu sous forme d'un demi-sac partout continu. Dans l'épaisseur et à la surface externe

de cette coque est le fœtus qu'on ne peut ni voir ni sentir en examinant la surface interne; *le fœtus est donc tout entier extra-kystique.* Notons qu'à la face profonde de la portion qui le supporte on n'a pas eu d'adhérences à détacher; qu'on n'aperçoit pas de traces d'une solution de continuité; que cette face profonde est tapissée, comme le reste de la portion cavitaire, par une membrane plissée ayant l'aspect des membranes ovulaires macérées.

Si l'on se reporte aux renseignements cliniques et opératoires (annexes des deux côtés saines, tumeur non pédiculée, adhérente à l'intestin, occupant le cul-de-sac utéro-vésical, plutôt abdominale que pelvienne), il semble que l'on ait affaire à un kyste extra-utérin *abdominal.*

Tout ce que l'examen anatomique macroscopique a permis de constater peut être ainsi résumé :

Tumeur formée d'une coque partout continue, sans trace de pédicule, renfermant une masse volumineuse, spongieuse, ayant l'apparence d'un placenta, adhérente par une portion de sa périphérie à la paroi kystique, libre dans une autre portion recouverte d'une couche de fibrine stratifiée qui est sans doute la trace d'une hémorrhagie intra-kystique.

A la partie antéro-latérale gauche de la tumeur, entre cette couche fibrineuse et la paroi non adhérente, cavité libre tapissée de membranes qui est probablement l'ancienne loge fœtale. Fœtus réduit à l'état de squelette, sorti du kyste mais resté adhérent à sa face externe, sans qu'on puisse trouver la trace de l'orifice de sortie. Il est à noter que si la perforation s'est faite au point même où se trouve le squelette, elle s'est faite, selon toute apparence, en dehors de la zone placentaire. On pourrait peut-être trouver dans ce fait l'explication du peu de gravité des phénomènes de rupture.

H. Varnier.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

COMPTE RENDU DU 4e CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE GYNÉCOLOGIE TENU A BONN, DU 21 AU 23 MAI 1891 (1).

DOHRN (Königsberg). — **De l'accouchement.**

C'est un fait bien connu que l'introduction de l'antisepsie dans la pratique de l'accouchement, n'a pas encore produit partout les résultats qu'on en pouvait espérer pour la santé des femmes accouchées. Il est pourtant établi que dans quelques grands pays d'Allemagne, la mortalité puerpérale a diminué dans le cours des dernières années. Mais, par contre, il y a d'autres pays où semblable diminution ne s'est pas montrée ; et là même où l'on constate cette diminution de mortalité, elle est encore loin d'atteindre le but espéré. Les résultats obtenus dans quelques établissements d'accouchement, nous montrent qu'on aurait pu aller plus loin encore.

En présence de ces faits, c'est un devoir pour nous de chercher les moyens d'obtenir de meilleurs résultats.

Dans ma communication, je me bornerai à traiter deux points :

1o La diminution de la mortalité puerpérale ;

2o La responsabilité actuelle des accoucheurs.

1o Pour ce qui est de la mortalité puerpérale, nous avons eu des statistiques instructives provenant de quelques pays allemands. Tous les pays ne nous offrent pas de statistiques auxquelles on puisse se fier ; car, trop souvent, on ne trouve que des statistiques isolées, infructueuses, et avec ces matériaux insuffisants, il est impossible de prendre une décision quand il s'agit surtout de questions toutes spéciales. Il est donc nécessaire d'avoir sous les yeux un tableau général qui puisse douner une idée des principaux faits de l'année.

C'est ce qui a été fait dans le plus grand des États allemands. Les cas de mort à la suite de couches ont été recueillis par Bohr et Ehlers.

(1) D'après le *Centralblatt f. Gyn.*, tous ces résumés ont été faits par les auteurs eux-mêmes.

Les tableaux qu'ils ont dressés sont très utiles. Sans doute il y a des erreurs dans les chiffres donnés pour chaque année.... mais ces erreurs ne sont pas sensiblement plus grandes pour une année que pour une autre.

J'ai réuni ces faits sous une forme graphique. En examinant les courbes que vous allez avoir sous les yeux, il vous suffira d'un rapide coup d'œil pour constater l'état de la mortalité suivant les années.

Je mets sous les yeux les dessins graphiques concernant la mortalité des femmes délivrées en Prusse de 1816 à 1880 ; la mortalité puerpérale à Berlin de 1878 à 1887, à Hambourg de 1873 à 1879, la mortalité dans les instituts d'accouchement allemands de 1877 à 1885. Ces résultats sont en général très satisfaisants, et nous pouvons en conclure avec assurance que dans plusieurs grands pays d'Allemagne la mortalité des femmes accouchées a diminué dans les dernières années.

Mais ces résultats satisfaisants ne se montrent pas dans tous les pays qui nous fournissent des statistiques complètes. Une courbe sur la mortalité des femmes en couches, dans le royaume de Saxe pendant les années 1883-1889, nous montre par exemple que dans ce royaume la diminution de la mortalité ne se produisit qu'en 1884, après une augmentation très sensible ; j'ajoute que, d'après les rapports des deux dernières années, la mortalité a repris une marche ascendante. La courbe de mortalité du grand duché de Bade pour les années 1873-1887, courbe qui fut dessinée d'après les indications d'Hegar, ne nous fait pas constater une diminution progressive de la mortalité.

On peut donc considérer comme bien établi que la bienfaisante antisepsie n'a pas encore pénétré partout en Allemagne assez profondément pour obtenir tous les résultats qu'on en peut attendre.

2° J'arrive maintenant à ma deuxième question :

« *Dans quelle mesure le médecin peut-il améliorer l'état actuel des choses ?*

Je ne veux ici qu'effleurer la question des sages-femmes ; il est évident qu'il y aurait là de nombreuses améliorations à réaliser. Les 95 0/0 des naissances se font par leur intermédiaire, et la mortalité des femmes accouchées dépend surtout de la manière dont les sages-femmes s'acquittent de leur office.

Mais, par contre, on ne peut pas ne pas apprécier l'influence

qu'exerce le médecin. Son influence est importante, non seulement parce qu'il exerce son action sur l'activité des sages-femmes, mais encore parce que sa façon d'intervenir réagit directement sur le chiffre de la mortalité. Sans doute, le nombre des cas où l'on requiert le praticien, est bien infime relativement à la somme totale des naissances, mais, malgré cela, une portion notable du chiffre de la mortalité dépend, comme l'observation nous l'apprend, de la façon dont le traitement est appliqué par le médecin.

Dans tous les pays civilisés pour lesquels nous avons de nombreux documents à ce sujet, il s'est produit ce fait pour les dix dernières années, à savoir que le nombre des délivrances opératoires augmente. La cause en est en partie dans la facilité plus grande des communications, et en partie aussi dans la confiance croissante que l'on a dans le succès des interventions opératoires. Depuis l'introduction de l'antisepsie surtout, les délivrances opératoires paraissent avoir suivi une rapide progression. Hegar nous a adressé à ce sujet, du grand duché de Bade, un tableau intéressant, et la courbe indique une augmentation significative. *Cette intervention opératoire est-elle réellement profitable aux accouchées ?* A cette question, je réponds absolument : *Non*.

Depuis plusieurs années, j'ai publié de nombreux documents statistiques sur les interventions opératoires faites par les accoucheurs de la Hesse électorale, et j'ai été amené à en conclure que l'augmentation du nombre des délivrances opératoires n'avait été profitable ni aux mères, ni aux enfants.

L'énorme augmentation des délivrances opératoires dans le grand duché de Bade, n'a pas diminué la mortalité des femmes accouchées dans ce pays ; bien plus, je puis vous montrer des documents provenant du royaume de Saxe qui prouvent que, parmi les femmes accouchées mortes de 1883 à 1889, le nombre de celles qui furent délivrées opératoirement, a notablement progressé, et que par conséquent une part *des cas de mort par suite de couches* (part qui s'augmente d'année en année) doit être attribuée dans ce pays aux délivrances artificielles.

Il est donc clair que la confiance avec laquelle beaucoup de praticiens accoucheurs procèdent aujourd'hui à des délivrances opératoires, n'est point justifiée par un succès réel.

Dans les cas les plus nombreux, l'accouchée a un très grand intérêt à tomber entre les mains d'une sage-femme intelligente qui

reçoive ses instructions du médecin. Choisir cette sage-femme intelligente sera le principal devoir du médecin à qui la femme enceinte confiera son sort dans le cas d'accouchement se faisant trop longtemps attendre.

On manque ici malheureusement bien des fois à cette simple prescription, surtout dans mainte grande ville. Quand le praticien ne veut pas, par orgueil, faire appel à une sage-femme, quand il entreprend de conduire la délivrance avec l'aide d'une garde-malade quelconque, les suites de l'intervention opératoire sont faciles à prévoir, et ses résultats peuvent être constatés dans les documents que je vous présente. J'ai traité plusieurs femmes qui ont payé de leur santé cette manière d'agir aussi fatale à la médecine qu'à l'accouchée.

J'ajoute encore ceci : dans ces derniers temps s'est établie, ce que je constate avec joie, une vive opposition contre la tendance nouvelle des accoucheurs qui, confiants dans l'antisepsie, veulent élargir encore le champ des interventions opératoires.

J'estime que c'est là une tendance dangereuse si elle se généralise et c'est avec joie que nous saluons les illustres chirurgiens allemands qui nous ont averti d'éviter la multiplicité des opérations.

Lorsque Boër publia son traité d'accouchement il passa en revue les cas de naissance pour lesquels on l'avait appelé, et termina par ces mots : « On fera cette remarque, que le nombre des délivrances opératoires diminue sensiblement d'année en année ; c'est que le temps m'a appris à mieux apprécier la puissance de la nature qui enfante ».

Vous savez quels bienfaits ses leçons ont produit dans la pratique des accouchements.

Nous ne sommes pas encore assez avancés pour pouvoir abandonner les voies où Boër nous a menés.

AHLFELD (Marburg). — **Causes de la différence qui existe, en fait de mortalité et de morbidité, entre la pratique des établissements d'accouchement et la pratique privée. Remède à cet état de choses.**

Ce sujet fait aborder des questions très importantes et encore controversées.

L'orateur expose d'abord que l'idée que nous nous faisons de la fièvre puerpérale, au lieu de devenir plus nette, est de jour en jour

plus vague. De plus, les divergences des auteurs sur la genèse de la maladie, ne se sont nullement éclaircies.

Une seule chose est bien établie : c'est que depuis que pour procéder à l'examen et à la délivrance des femmes, on admet les règles d'une propreté scrupuleuse, les conditions se sont améliorées d'une façon surprenante.

L'orateur dit encore que malgré la plus minutieuse propreté, il se produit toute une série de morts par fièvre puerpérale ; pour certains cas, il faut donc admettre l'infection par le sujet lui-même.

En ce qui concerne les recherches bactériologiques, nous ne sommes encore arrivés à aucun résultat. La statistique est encore le seul facteur décisif. Si, pour la pratique privée, nous avions une statistique d'une valeur égale à celle qui est établie pour les instituts d'accouchement, et que cette statistique fût rédigée d'après des principes aussi sévères, nous connaîtrions beaucoup mieux la pathogénie et le traitement de la fièvre puerpérale.

L'orateur présente une statistique de 2,000 naissances observées à l'institut d'accouchement de Marburg, depuis le mois d'avril 1884 jusqu'au mois d'avril 1891.

I. — *Cas de mort* (y compris ceux qui sont morts après avoir été transférés dans d'autres cliniques) : 14 = 0,7 0/0.

Affections non puerpérales : 4 = 0,2 0/0. (Struma. Trachéotomie. Pneumonie ; tuberculose ; grave faiblesse du cœur.)

Affections puerpérales *non septiques* : Éclampsies : 3 = 0,15 0/0.

a) Infectés, amenés très malades : 2 = 0,10 0/0.

b) Opération césarienne (sur 7 cas) : 2 = 0,10 0/0.

c) Infectés dans le service même : 3 = 0,15 0/0.

Remarques sur ces trois cas de mort qui incombent à l'institut d'accouchement :

Les trois femmes dont il s'agit se présentaient à l'institut d'accouchement pour y faire procéder à un avortement opératoire. Elles ne furent donc examinées, ni par les pratiquants ni par les élèves (femmes), ni vraisemblablement par une sage-femme, mais seulement par le directeur et par l'assistant désigné pour procéder à l'opération. Antisepsie comme pour une laparotomie. Les trois cas ont ceci de commun que le travail se prolongea de 6 à 14 jours, la tête étant serrée par un bassin très étroit Après cette longue durée du travail la fièvre se déclara, l'enfant mourut et la fièvre continua .

Dans deux de ces cas, l'accouchement avant terme fut provoqué artificiellement. Puisque dans l'espace de temps cité plus haut, c'est-à-dire d'avril 1884 à avril 1891, il a été procédé à 107 avortements, le tant pour cent de la mortalité des femmes délivrées de cette façon s'élève à 1,9 0/0.

II. — *Cas de maladie puerpérale graves ou moyennement graves* : 38 = 1,90 0/0.

29 primipares, 9 multipares.

Nature des maladies :

Paramétrites, 16 cas (4 graves, 7 moyennement graves, 5 légers).

Endométrite, 16 cas (2 cas avec paramétrite légère, 1 cas avec thrombose des gros vaisseaux de la cuisse, 3 cas par gonorrhée).

Diphtérie vaginale et endométrite, 2 cas.

Inflammation de l'articulation iléo-sacrée, 1 cas.

Durée des maladies. — On a congédié :

Dans la	2e semaine...........	9 malades
—	3e —	11 —
—	4e —	7 —
—	5e —	4 —
—	6e à 9e	5 —
—	11e à 22e	2 —

Remarques. — Dans 15 des 38 cas, il n'y a pas eu d'examen par les praticiens. Dans 11 cas l'intervention opératoire fut nécessaire. Dans 4 cas il y a eu décollement du placenta complet ou partiel, et une partie des cas de paramétrite se liait à une profonde déchirure du col; 4 ou 5 fois les malades étaient atteintes de gonorrhée (l'une d'entre elles ne fut soumise à aucun examen et une autre ne fut examinée qu'une seule fois). Des rétentions des membranes de l'œuf et une marche atypique de la période placentaire ont fréquemment précédé la maladie. Pendant les suites de couches des multipares, il ne s'est produit aucune paramétrite.

Me basant sur cette statistique, sur des observations antérieures et sur des travaux expérimentaux, j'établis ce qui suit :

1° Notre matériel fournit la preuve que, grâce à la prophylaxie en usage dans notre maison d'accouchement, l'infection qui peut être produite par les doigts ou par les instruments, est fort rare. Quant à l'infection provenant du dehors pendant le travail, elle n'a pas l'importance qu'on lui attribue généralement, même dans les instituts d'accouchement.

2o Les parties extérieures du canal génital, bien qu'elles soient exposées à de nombreuses blessures pendant l'acte génital, sont rarement infectées, tandis que les parties du canal génital difficiles ou impossibles à atteindre par les procédés de désinfection, sont très facilement infectées lorsqu'elles sont blessées.

3o Quoique sans doute, dans la pratique exercée en dehors des instituts d'accouchement, la plupart des cas de mort et des maladies graves, doivent être attribuées à une désinfection insuffisamment appliquée, il n'est cependant pas exact de chercher la guérison exclusivement dans l'antisepsie appliquée à l'accouchement ; les bons résultats obtenus dans les instituts d'accouchement sont aussi en partie, les suites de la direction prudente et conforme à la nature, appliquée à la naissance et aux suites de couches.

L'orateur se rallie ensuite à cette opinion que l'*auto-infection* existe, et que par conséquent une partie des cas de mort est inévitable. Mais il ajoute que dans la pratique privée, la majeure partie des cas de mort et des maladies graves, est due à l'*infection directe*.

L'orateur expose qu'il existe une tendance à l'infection puerpérale non seulement dans l'état gravidique et puerpéral, mais que aussi dans la direction de la naissance, il y a des conditions qui favorisent la réceptivité des tissus et la facile multiplication des micro-organismes.

Les remèdes pour combattre la fièvre puerpérale doivent consister :

1o Dans des mesures générales d'hygiène ;

2o Dans des mesures spéciales d'hygiène (moyens prophylactiques);

3o Dans des précautions pour diminuer la réceptivité des femmes.

Il serait bon d'édicter un certain nombre de mesures pour que les accouchements de la pratique privée profitent des expériences faites dans les instituts d'accouchement, et pour qu'on y obtienne ainsi les mêmes résultats salutaires.

A. — *Mesures générales d'hygiène.*

1) Instruction du public par des écrits et par des conférences. — 2) Amélioration des soins généraux à donner au corps. — 3) Fondation de maisons d'accouchement pour les cercles industriels et pour les villes de province. — 4) Meilleure éducation pratique des médecins. — 5) Amélioration de l'état de sage-femme.

B. — *Mesures spéciales d'hygiène.*

1) Introduction d'une méthode de désinfection simple, non compliquée, applicable à la clientèle pauvre. — 2) Toucher vaginal rare. — 3) Emploi obligatoire du thermomètre dans les accouchements qui durent longtemps et pendant les suites de couches.

C. — *Mesures destinées à atténuer la réceptivité morbide infectionnelle.* (Disposition.)

Parmi les prescriptions les plus importantes, je cite ici :

1) Laisser agir la nature dans la période consécutive à l'accouchement, c'est-à-dire, expectation. — 2) Combattre l'atonie utérine par des moyens extérieurs, le massage, par exemple. — 3) Fermer toutes les plaies des parties génitales externes par la suture. — 4) Ne pas faire de trop fréquentes opérations. — 5) Quand l'enfant est certainement mort, laisser de côté le forceps et recourir à la perforation ou à l'embryotomie. — 6) Le forceps doit être considéré comme un instrument dangereux ; il faut lui préférer la chaise obstétricale de Ritgen, ou recourir à l'intervention manuelle. — 7) Eviter le tamponnement dans les cas de placenta prævia et faire la version combinée. — 8) Pendant les couches, soutenir les contractions de l'utérus. — 9) L'intervention au début de la fièvre puerpérale a des chances de succès.

HOFMEIER (Wurzburg). — **Diagnostic du cancer du corps de l'utérus.**

Après avoir défini ce qu'on entend par carcinome et avoir montré comment l'adénome malin se différencie du carcinome, l'auteur expose les caractères anatomiques du carcinome, d'après des recherches en partie nouvelles. Se basant sur quelques-unes de ses préparations, il conclut que le carcinome débute souvent par l'épithélium superficiel, et que, dans ces cas, il a plutôt le caractère d'un carcicome alvéolaire, quand bien même les végétations de l'épithélium prennent la forme de dépressions glandulaires. Dans le développement du carcinome des glandes proprement dit, il se fait d'abord une augmentation importante des glandes qui semble indiquer un stade adénomateux, mais ensuite les végétations épithéliales se développent et pénètrent lentement, elles détruisent l'utérus. Ce processus marche toujours lentement, aussi, la pratique qui consiste à ne poser le diagnostic qu'après le développement complet des végétations dans l'épaisseur de la couche musculaire est-elle impossible à admettre.

D'ailleurs, les changements subis par la muqueuse sont si caractéristiques, que l'examen de cette muqueuse est absolument suffisant pour établir le diagnostic.

Du reste, un état particulier de la couche musculaire précède toujours son envahissement par les végétations épithéliales.

Cliniquement le carcinome du corps se présente chez les nullipares ou chez les femmes qui n'ont eu que peu de grossesses et aussi au delà de l'âge critique.

Comme premier symptôme se produisent ordinairement des hémorrhagies, quelquefois des écoulements. Dans certaines conditions, il se produit des douleurs semblables à des coliques et ces douleurs sont alors très caractéristiques.

L'exploration manuelle ne donne rien de bien net. L'examen à l'hystéromètre ou avec le doigt après incision du col, donne au contraire de précieux renseignements en permettant de reconnaître la dureté et l'inégalité de la surface malade.

Mais la chose la plus importante pour établir le diagnostic du carcinome, c'est l'examen anatomique de portions de la partie malade qui fournira alors des préparations caractéristiques de carcinome alvéolaire ou glandulaire.

Les objections faites contre cette méthode sont de nouveau discutées et repoussées.

On n'admet pas cette exigence qu'il faille prouver l'envahissement de la couche musculaire par les végétations. En effet, trouver des éléments épithéliaux à côté des glandes et en tirer la preuve de la malignité de la maladie, est chose difficile et peu utile au diagnostic. Les transformations en adénome malin sont indifférentes pratiquement. Il faut pourtant les éviter avec les processus endométritiques. Dans ceux-ci, l'épithélium glandulaire dans son entier paraît uniformément altéré en conservant le caractère de cellules cylindriques, tandis que dans le carcinome les altérations ne sont pas uniformes, et le caractère des cellules est changé.

D'ailleurs quand les symptômes apparaissent tardivement, il est bien invraisemblable qu'on ait affaire à des cas de carcinome microscopiquement et diagnostiquement douteux.

Enfin, on définit rapidement l'adénome malin et on le différencie des cas d'inflammation qui, par l'introduction de végétations dans les glandes, se produisent avec formation de kyste dans la substance de l'utérus.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 3 avril 1891.

Présentations. PORAK et BERNHEIM. — 1) **Occlusion congénitale de l'intestin.** — Enfant né avant terme, à 8 mois de grossesse, pesant 1840 grammes, et pris, dès le jour de sa naissance, de vomissements noirâtres, survenant 3/4 d'heure environ après chaque tetée; pas d'expulsion de méconium par l'intestin; mort le 5e jour. *Autopsie:* dilatation notable de l'estomac; l'intestin forme au contraire un petit paquet vermiforme, à l'exception de la dernière portion du gros intestin qui est distendue par le méconium. L'estomac communique par une partie rétrécie, vraisemblablement le pylore, avec une deuxième poche terminée en ampoule et sans communication avec l'intestin, ni par un canal perméable, ni par un cordon fibreux, trace d'une communication antérieure (1re partie du duodénum dilatée et terminée en cul-de-sac). Le reste de l'intestin se termine à sa partie supérieure par un cul-de-sac en rapport immédiat avec le pancréas. Les auteurs pensent que cette anomalie a pu être produite par l'action d'une bride fibreuse, mais on n'en a pas trouvé de traces.

Discussion : BUDIN a vu à la clinique un cas d'oblitération de l'intestin. L'intestin rempli de bile s'était rompu, d'où péritonite et mort de l'enfant. Budin se demande si ces oblitérations se produisent toujours au-dessus de l'ouverture des canaux biliaires et pancréatiques dans l'intestin. BERNHEIM répond négativement, attendu qu'il a recueilli un cas où, sans rupture, on trouva de la bile dans l'estomac.

2) **Endocardite fœtale du cœur gauche.** — Affection constatée, à l'autopsie, chez un nouveau-né, mort le 6e jour après sa naissance d'accidents cardio-pulmonaires.

PAJOT donne communication d'une copie de proposition de loi, qui lui a été adressée par un médecin, député, lequel désirerait avoir l'opinion de la Société : **Sur le travail des femmes accouchées dans les usines, fabriques**. Après discussion, la Société a voté, à l'unanimité, l'ordre du jour suivant : *La Société obstétricale déclare qu'il est dangereux pour une femme de reprendre son travail avant un délai, minimum, de quatre semaines après l'accouchement.*

Porak, au nom de Narich, lit un travail ayant pour titre : **Quelques considérations sur le nouvel écarteur du col de Tarnier** (1), **au point de vue surtout de l'accouchement provoqué.** — La condition indiquée par Tarnier pour l'application de l'instrument est : col déjà plus ou moins dilaté, soit par le travail normalement commencé et ensuite suspendu, soit par l'application d'un ballon dilatateur (accouchement prématuré). Or, l'auteur a provoqué, à l'aide de cet appareil, l'accouchement prématuré chez une femme dont le col avait toute sa longueur, et dont les orifices laissaient seulement passer l'index à frottement ; il n'avait pas appliqué au préalable un ballon dilatateur. Il s'agissait d'une femme atteinte de vomissements incoercibles, réduite de ce fait à un état des plus précaires, qui exigeait une intervention rapide. L'accouchement fut provoqué à environ huit mois de grossesse. L'auteur appliqua 2 fois l'instrument, la 1re fois pendant 25 minutes seulement, et n'utilisa que les deux branches latérales ; quelques heures après, la dilatation étant assez grande, et ayant des raisons pour hâter la terminaison de l'accouchement, il appliqua les 3 branches. Au bout environ d'une heure d'application, l'appareil subit tout à coup un mouvement de rotation, que l'auteur pense pouvoir attribuer à l'existence d'une déchirure ancienne du col.

L'appareil étant retiré, on fit une application de forceps. Enfant vivant. Après l'accouchement, cessation des vomissements, suites de couches normales.

Conclusions : L'écarteur du col n'est pas un instrument pouvant seulement maintenir et activer une dilatation déjà commencée par l'introduction anticipée du ballon ou de quelque autre appareil. Il peut aussi provoquer, d'emblée, l'accouchement par son application *immédiate dans tout col permettant, sans violence, le passage des ailerons.*

2° La situation de la taille pré-rectale, destinée à rendre le col très accessible, situation que Tarnier indique sans la considérer comme bien nécessaire, devient indispensable quand il s'agit,

(1) Instrument composé de 2 branches *latérales* actionnées par un ou plusieurs anneaux élastiques en caoutchouc, lesquels, en rapprochant les extrémités externes ou inférieures de l'appareil, écartent les extrémités internes ou supérieures, qui dilatent le col transversalement ; d'une 3e branche, dite *antérieure*, d'une application beaucoup plus rare.

comme dans notre cas, de faire franchir aux ailerons un corps long et très peu ouvert.

3° *L'action de l'écartement sur le col est jusqu'au bout efficacement dilatatrice et excitatrice.*

Discussion : GUÉNIOT estime que le nouvel écarteur constitue un très bon instrument. Il pense qu'il y a utilité à le laisser en place plusieurs heures; qu'il suffit d'appliquer deux branches et qu'il importe, pour éviter de trop grandes compressions sur le col, de n'employer qu'un ou deux anneaux de caoutchouc. PAJOT reconnait qu'il se rencontre des faits exceptionnels dans lesquels les moyens ordinaires ne suffisent pas pour la provocation de l'accouchement prématuré (1), et qu'en conséquence, mais d'une façon exceptionnelle, on est autorisé à se servir d'instruments comme celui dont il vient d'être question. PORAK qui a observé un cas de mort, à la suite d'une application, du reste mal conduite, de l'instrument de Tarnier, DOLÉRIS et CHARPENTIER font des réserves sur les avantages de l'usage de cet instrument.

S. BONNET.—Rapport sur un mémoire ayant pour titre : **Parallèle des phénomènes consécutifs à l'énucléation par voie abdominale et à l'hystérectomie supra-vaginale dans certains cas de fibromes utérins** (travail du Dr Chevrier).

P. PETIT. —Rapport sur un mémoire de M. Nitot : **A propos du diagnostic et de la pathologie des salpingites.**

R. L.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE PRAGUE

M. KISCH. **De la tachycardie de la ménopause.** — L'auteur a observé à Marienbad des cas nombreux de tachycardie survenant chez les femmes à l'époque de la ménopause. Ces accidents apparaissaient rarement après la cessation complète des règles, plus fréquemment au moment où les règles commençaient à devenir irrégulières, peu abondantes; ils s'annonçaient par des palpitations chez des sujets indemnes jusqu'alors des troubles de cette nature. Ces palpitations revenaient d'abord sous l'influence des efforts, puis au moindre mouvement et enfin même au repos. Ils s'accompagnaient de sensation de défaillance, d'oppression thoracique, de battements violents des carotides et de l'aorte abdominale.

(1) *Ann. de gyn. et d'obst* juillet., 1890, p. 1.

Bientôt survenaient des vertiges, des tintements d'oreille, des céphalées et parfois on voyait se produire des syncopes.

On trouvait alors le pouls extrêmement rapide, battant de 120 à 150 pulsations au moins à la minute, ample d'ailleurs, régulier et bien frappé. Le tracé sphygmographique montrait une pulsation à ligne d'ascension brusque et de descente également rapide, avec exagération du dicrotisme physiologique. L'auscultation du cœur indiquait également une accentuation manifeste des bruits du cœur. Parfois survenaient sur la poitrine et au visage des plaques érythémateuses fugaces, s'accompagnant d'une vive sensation de chaleur.

Les crises de tachycardie reparaissaient à des intervalles plus ou moins rapprochés, parfois plusieurs fois par jour et duraient de quelques minutes à un quart d'heure. Elles ne coïncidaient pas avec un état anémique du sang comme le veulent Clément et Bœrner, et l'auteur a vu, au contraire, dans la plupart des cas, une augmentation notable du taux de l'hémoglobine.

Clément a constaté 4 cas de tachycardie de la ménopause, Bœrner 3 cas, Moor 1 cas, l'auteur ajoute 28 observations du même ordre.

L'affection ne comporte pas un pronostic funeste ; elle peut durer quelques semaines ou persister pendant deux ans. Souvent elle évolue pendant tout le temps de la ménopause, ne cessant que lorsque les règles ont complètement disparu, rarement elle survit à la ménopause.

L'emploi fréquent de purgatifs légers a donné à l'auteur d'excellents résultats dans le traitement de cette tachycardie. On peut y joindre le séjour à la campagne, une nourriture légère, et prescrire un repos presque complet avec hydrothérapie. Le bromure de potassium à petites doses produit de même les meilleurs effets.

Au point de vue de l'étiologie, on peut admettre une relation directe de cause à effet entre les troubles menstruels et la tachycardie. Il est possible que les modifications que subissent alors les ovaires et les follicules de Graaf impressionnent les terminaisons nerveuses de ces organes de façon à produire des réflexes qui se transmettent au reste de l'organisme par la voie du grand sympathique. Les observations déjà connues de tachycardie survenues à la suite d'opérations portant sur les ovaires, ou bien chez des hystériques ayant des troubles des organes génitaux, sembleraient confirmer cette manière de voir.



REVUE ANALYTIQUE

PÉRITONITE (PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT)

Etiologie de la péritonite. (Experimentelle Untersuchung über Peritonitis), par H. J. WATERHOUSE. *Archives de Virchow*, 4 février 1890, t. CXI, fasc. 2, p. 342. — Les expériences de Grawitz, confirmées par Lübber, tendent à prouver que le péritoine sain et bien asséché supporte remarquablement bien le contact des microbes pyogènes, pourvu que l'on n'injecte pas avec eux soit un irritant chimique, soit un milieu de culture abondant. Waterhouse confirme l'opinion de Grawitz. En outre il a fait quelques études visant la hernie étranglée et l'occlusion intestinale. Il a constaté d'abord que la paroi intestinale ne laisse passer les microbes que quand elle est nécrosée. Il a vu d'autre part que, si on injecte des microbes pyogènes dans les veines de l'oreille à un lapin auquel on a fait une ligature d'une anse intestinale, une péritonite se déclare : c'est une observation clinique qui lui a suggéré cette expérience.

Des expériences analogues n'ont pu être entreprises sur le péritoine de l'homme. Mais sur le scrotum humain, Waterhouse a constaté que l'injection d'une petite quantité de staphylocoques est innocente dans le scrotum sain, mais fait suppurer celui dont on a modifié l'état circulatoire par une ligature élastique préalable.

Rupture d'un follicule de Graaf, ayant produit une péritonite mortelle. (A case of ruptured Graafian follicle, producing fatal peritonitis), par J. WIGLESWORTH. *Lancet*. Lond., 1890, II, p. 719.

Chez une femme de 24 ans survint sans cause appréciable une péritonite généralisée. Les règles étant survenues pendant deux jours, les symptômes s'amendèrent beaucoup. Puis les règles cessèrent brusquement, la malade tomba dans le collapsus, et mourut le lendemain.

A l'autopsie : Péritonite purulente généralisée. Mais on ne put trouver d'autre cause que la rupture d'un petit kyste que l'examen histologique démontra être une vésicule de Graaf normale.

Tous les organes et le reste de l'ovaire lui-même étaient parfaitement sains.

V. FAURE.

Sur l'affection gonorrhéique des trompes et du péritoine. (Ueber die gonorrhoische Erkrankung der Tuben und des Bauchfells), MENGE. *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, 1891, Bd 21, Hft 1, p. 119.

Dans ce travail très documenté, au cours duquel il rappelle, en les discutant, les études antérieures, l'auteur touche à des points fort intéressants (mise en évidence des gonocoques dans le pus de salpingites gonorrhéiques, question de la péritonite gonorrhéique, etc.), relate les résultats fournis par ses observations personnelles, et en dégage un certain nombre de considérations pour lesquelles il réclame un supplément d'enquête. Ses observations ont été recueillies à la « *Clinique gynécologique privée* » d'A. Martin. Dans 26 cas, l'auteur a fait l'examen bactériologique des produits de maladies suppurées des trompes. Cet examen a permis de constater, dans 8 cas, la présence de bactéries dans le contenu purulent des trompes. Dans 4 de ces cas, on obtint des cultures pures de ces micro-organismes : 2 fois elles donnèrent 1 streptocoque pyogène, 2 fois le staphylocoque pyogène blanc, 1 fois un bacille, 3 fois la culture resta stérile, mais, à l'examen microscopique, on constata une fois une variété de diplocoques agrégés en amas, et vivant libres en dehors des cellules du pus, *dans les trois autres cas, on constata le gonocoque de Neisser.*

Ce sont évidemment ces 3 derniers résultats qui intéressent surtout l'auteur. On sait, en effet, que longtemps les recherches faites dans le but d'établir la relation causale qu'on supposait exister entre le gonocoque de Neisser et un certain nombre d'affections suppurées de la trompe étaient restées négatives.

L'auteur relate, en détail, ces 3 observations, et les fait suivre de la description des résultats fournis par l'examen anatomo-pathologique et bactériologique. Il étudie ensuite la symptomatologie de l'affection, expose le diagnostic différentiel avec les néoplasmes, la tuberculose des trompes, la grossesse tubaire, les affections aiguës et chroniques des trompes, l'hydrosalpinx, l'hématosalpinx, etc..., puis. mettant en parallèle les avantages de la méthode expectante et active, il se prononce résolument pour l'extirpation chirurgicale des trompes suppurées. En ce qui concerne la technique opératoire, il fait cette remarque, que les opérateurs montrent

une trop grande tendance à opérer vite, sous le double prétexte que les micro-organismes disparaissent au bout d'un certain temps au sein des produits suppurés des trompes, que dès lors le contact de ces produits suppurés avec le péritoine ne crée pas de dangers sérieux, et que la rapidité de l'opération est une condition importante de succès. Or, il faut savoir que les micro-organismes n'ont pas toujours disparu, qu'en conséquence le pus possède parfois des qualités de virulence marquées (1), et qu'on s'expose à de graves mécomptes en ne prenant pas toutes précautions pour éviter son irruption dans la cavité abdominale ou pour en prévenir les effets.

En terminant, l'auteur discute, avec tous les développements qu'elle comporte, cette question intéressante, sur laquelle l'accord est loin d'être fait : *les agents organisés, spécifiques de la gonorrhée des muqueuses, sont-ils capables, une fois transportés sur le péritoine et sur une séreuse, de déterminer, à ce niveau, un processus inflammatoire spécial ?*

Déjà un grand nombre de chercheurs, et précisément des gynécologistes, ont soulevé et étudié ce problème. Il y a longtemps que Fritsch a émis l'opinion que la périmétrite, dans la gonorrhée tubaire, doit être considérée comme le résultat de l'action spécifique du champignon gonorrhéique sur le péritoine, consécutive à l'inoculation du pus virulent sur la séreuse. Par contre, Sänger, dès 1886, rapportait les processus inflammatoires du péritoine, non au gonocoque lui-même, mais à une infection mixte. Bon nombre d'auteurs se rangent à cette opinion.

On sait que Bumm (2), dans sa monographie sur le gonocoque de Neisser, a déclaré que *le champignon de la blennorrhagie n'est capable d'entamer que l'épithélium cylindrique, en conséquence les muqueuses qui en sont tapissées, que ce sont les seuls tissus du corps humain au niveau desquels il puisse se développer*. Il ajouta que la transformation de l'épithélium cylindrique en épithélium pavimenteux, observée dans la phase de réparation de l'épithélium au cours du processus gonorrhéique

(1) BOISLEUX. Beitrag zur bacteriologischen Untersuchung von Beckenabscessen und eitrigen Tuben und Ovarienerkrankungen. *Bericht uber die Verh. der Gesells. f. Geb. u. Gyn.*, 1890.

(2) BUMM. Ueber Peritonitis septica. *Tagebuch der Naturforsch.* Heidelberg, 1889.

de la conjonctive, doit être tenu pour un processus spécial de guérison, parce que cette transformation épithéliale met un terme à de nouvelles infractions de l'agent infectieux et que, d'autre part, les cocci anciens meurent au sein des tissus. A la fin de l'année précédente, à la réunion des naturalistes, tenue à Heidelberg, dans son travail sur la péritonite, il a déclaré, en se fondant sur l'absence des gonocoques dans les produits inflammatoires du péritoine, que *les bactéries de la gonorrhée sont incapables de provoquer une péritonite spécifique, par la raison que le péritoine possède un épithélium plat.*

Schmitt a également soutenu que, seul, l'épithélium cylindrique, ou un épithélium très semblable, est incapable de résister à l'agent gonorrhéique. Mais, dans ces dernières années, on a publié plusieurs observations qui prouvent que les gonocoques peuvent même pénétrer dans l'épithélium pavimenteux, et non seulement dans l'épithélium jeune, délicat, comme celui qui tapisse le vagin infantile, mais même dans celui des personnes adultes. Touton, Dinkler, Tadassohn ont communiqué des faits de cet ordre.

Touton pense que la forme des cellules épithéliales n'a rien à voir avec la pénétration des gonocoques dans les tissus, mais que « la condition essentielle à cette pénétration, réside dans les dimensions des espaces vulvaires, inter-cellulaires, dans la consistance de la substance unissante, et dans la délicatesse des cellules protoplasmiques ». Si ces considérations sont justifiées, on conçoit la possibilité de l'infection gonorrhéique du péritoine, dont l'épithélium réunit précisément les caractères précédents.

D'autre part, il existe plusieurs observations signalant la présence de gonocoques dans les produits inflammatoires de synoviales articulaires (Petrone, Kammerer, Bergmam, Hartley). Bumm incline à rapporter aux microbes pyogènes communs l'inflammation gonorrhéique de l'articulation du genou. Bornemay et Auber ne réussirent jamais à mettre en évidence dans le pus des arthrites suppurées du genou, au cours de la gonorrhée, des gonocoques. Aussi le dernier n'hésita-t-il pas à affirmer que la cause essentielle de la phlegmasie du genou était une infection mixte. Mais, *ces résultats négatifs ne démontrent pas davantage contre la nature gonorrhéique du pus articulaire, que l'infructuosité des recherches des gonocoques, dans le pus des trom-*

pes, n'est de nature à infirmer un diagnostic d'infection blennorrhagique, tubaire, établi d'après les commémoratifs.

Si, jusqu'à présent, on n'a pas fourni une explication satisfaisante du transport des gonocoques jusqu'à l'articulation du genou, cette lacune et le doute qu'elle suggère sur l'exactitude des constatations annoncées par certains des auteurs précédents, ne suffisent pas pour faire renoncer à la démonstration de la présence des gonocoques dans le pus de cette articulation.

Il faut également ajouter que la synoviale, membrane très analogue au péritoine par sa structure anatomique et surtout par son revêtement épithélial, peut être le siège d'une affection gonorrhéique.

Si l'on admet aussi que les gonocoques sont des agents réels de suppuration, se rapprochant beaucoup, sous se rapport, des cocci que nous voyons si souvent agir d'une façon fâcheuse sur le péritoine, il devient impossible de nier la possibilité d'une péritonite par gonocoques, par l'unique raison que les recherches bactériologiques, même de beaucoup de cas, n'auront jamais décelé la présence du champignon gonorrhéique dans les produits inflammatoires. Il faut se souvenir que malgré les efforts de chercheurs zélés (Gusserow, Cornil, Terrillon, Noggerath...) beaucoup de temps s'écoula avant que Westermark, pour la première fois, réussit à mettre en évidence les gonocoques dans le pus tubaire. Peut-être en est-il ainsi de la péritonite gonorrhéique; il est très vraisemblable que, pour être tardive, la démonstration de son existence se fera comme s'est faite celle de la salpingite gonorrhéique.

L. R.

La péritonite chez la femme, ses causes, ses effets, son traitement prophylactique et immédiat. (Peritonitis in the Female ; its causes effects, and treatment), par le Dr S. C. GORDON de Portland (Maine). *Am. J. of Obst.*, août 1890, p. 801.

Chez la femme, la péritonite est beaucoup plus fréquente que chez l'homme, elle est aussi beaucoup moins grave ; chez ce dernier, elle est le plus souvent causée par la présence de corps étrangers dans l'appendice vermiculaire.

Chez la femme, ses causes ordinaires sont toutes les inflammations du canal génital, celles surtout reconnaissant une cause vénérienne, et l'avortement.

Jacobi, qui semble ne parler que de la femme, dans la citation que fait Gordon « ne se souvient pas d'avoir eu un cas de périty-« phlite, dans lequel il n'ait trouvé les traces d'une péritonite « antérieure : adhérences, rétrécissements, épaississement du « péritoine ». Blake White de New-York, a rapporté, à la Société obstétricale de New-York, le 15 octobre 1889, un cas qui présentait les symptômes de l'obstruction intestinale, où l'autopsie fit reconnaître l'existence d'un pyo-salpinx et d'un abcès de l'appendice vermiculaire réunis en une seule masse. Hanks, dans la discussion, énonce l'opinion que : « la cause la plus fréquente se trouve dans la « région tubo-ovarique ». Gordon est du même avis.

Gordon rapporte 6 cas.

Cas I. — A la suite d'un avortement criminel, Mme M. eut une péritonite septique. Laparotomie, ablation des trompes et des ovaires, et avec quantité de pus et larges exsudats. L'opérée survécut pendant quelques jours.

Cas II. — Mme M. avait depuis longtemps un fibrome sous-muqueux, qui causait des pertes fréquentes. Un homœopathe de Boston lui fit, sans aide et sans l'anesthésier, un curettage et ne lui fit aucune prescription, Gordon diagnostiqua un abcès rétro-utérin, l'autopsie lui donna raison, car il trouva un litre de pus. Il attribue la formation de cet abcès à l'emploi d'instruments malpropres.

Cas III. — Avortement criminel. Autopsie : suppuration des trompes, qui étaient couvertes d'exsudats; cavité pelvienne remplie de pus; intestins agglutinés ensemble, péritoine gris et épaissi.

Les trois cas suivants sont des cas de péritonite dus à l'inflammation de l'appendice iléo-cæcal.

Cas IV. — Miss B., 17 ans, prit froid pendant ses règles; dès lors, les menstrues ont été douloureuses; elle a une leucorrhée abondante. Le froid, la danse, et toutes les excitations amenaient un état aigu dans l'état chronique passif, où se trouvait Miss B., qui souffrait d'une constipation opiniâtre. La température oscillait entre 39°,1 et 40°. Gordon réussit, au moyen d'un long tube rectal, à faire passer un lavement, qui causa une débâcle et la malade fut fort améliorée, l'abcès disparut. Deux mois plus tard, Gordon fit le curettage, qui ramena des fongosités, et des applications d'acide phénique et d'iodoforme. L'ovaire et la trompe gauches sont très gros.

Cas V. — Mme O... a eu un enfant, il y a 8 ans, et une fausse couche, elle souffre d'une douleur dans le flanc droit; ses menstrues sont irrégulières en date et en quantité, elle a de la leucorrhée. Constipation opiniâtre : Gordon, appelé par télégramme, à 640 kilomètres de distance, pour faire la laparotomie, trouva la malade mieux à la suite de deux évacuations abondantes.

Il conseilla le curettage, qui fut fait.

Mme D... est beaucoup mieux; ses menstrues sont régulières et normales.

Le cas VI est analogue. L'état aigu céda aux lavements d'eau et de glycérine et aux purgatifs.

Pour la pérityphlite de la femme, Gordon préfère les moyens médicaux à l'opération.

L'auteur signale l'existence d'une péritonite non suppurée, mais produisant des adhérences étendues; quand on fait la laparotomie on a parfois quelque peine à reconnaître les organes, tant ils sont complètement « détruits ». Cette dernière espèce est la plus commune et la plus aisée à guérir par les moyens ordinaires.

Waldo (*Am. J. of obst.*, 1890, p. 295) dit que : « la moitié au moins des autopsies de femmes révèlent l'existence d'une inflammation des trompes ». Gordon cite Henning, Thomas, Polk, Hanks, Wylie, Dudley, et d'autres dont les statistiques sont analogues.

A propos du *diagnostic*, Gordon fait observer que la température reste *remarquablement basse*, dans la péritonite causée par une septicémie du canal intestinal, ce qui prouve que la matière toxique venue de l'intestin est moins virulente que celle qui a sa source dans l'utérus. Trever, Mac Dougal, Homans ont fait la même observation.

Le début de la maladie est localisé dans les cas d'*appendicite.*

Quant au *traitement*, il est en grande partie prophylactique. L'endométrite qui peut s'étendre aux trompes est une indication du curettage que Gordon fait suivre d'une irrigation d'eau de sublimé à 1/2000 puis d'une application d'acide phénique *pur*, ou de l'application d'une gaze iodoformée qu'il laisse en place deux jours. Il ne faut pas faire la trachélorraphie le même jour.

Lorsque le mal est à l'état aigu, les cathartiques rendent d'immenses services, précédés parfois de l'administration du calomel en trituration.

Un lavement ainsi composé agit en général merveilleusement.

Sulfate de magnésie................	60 gr.
Eau bouillante....................	90
Glycérine.........................	30

Lorsque la péritonite se généralise et qu'on reconnait la suppuration il faut faire la laparotomie sur la ligne médiane, de façon à faire une bonne *toilette.*

Si l'abcès se circonscrit au voisinage de la trompe, les moyens médicaux sont préférables, la laparotomie peut néanmoins être indiquée.

Lorsque la péritonite ne tend pas à la suppuration, ou si après s'être formé, le pus se résorbe, et s'il se produit des adhérences, les cathartiques, les sangsues, la glycérine seront utiles puis les applications de phénol iodé, les douches qui provoqueront la résorption des exsudats.

« Mais il faut du temps pour modifier la nutrition troublée des « organes pelviens et guérir les nerfs endoloris, longtemps com- « primés. »

A. CORDES.

Traitement chirurgical de la péritonite locale et générale. (Surgical treatment of local and general peritonitis), par GYLL WYLIE. *Amer. J. of obst.*, mars 1890, p. 347.

L'auteur commence par affirmer que ce qu'on nomme pelvi-cellulite chronique, donnant lieu à des poussées n'est qu'une péritonite locale, due à une salpingite et à une ovarite, que, lorsque la présence du pus a été reconnue, il n'y a qu'un traitement : la laparotomie, et qu'il faut inciser et drainer les abcès pelviens septiques, situés derrière l'utérus.

Il croit que dans la pérityphlite, comme dans les abcès pelviens, le pus est dans le péritoine.

Wylie rapporte 5 cas de pérityphlite avec abcès traités par la laparotomie et guéris. Quatre de ces malades étaient des hommes.

Il conclut en faveur de la laparotomie dans les abcès pelviens aussi bien chez la femme que chez l'homme.

A. CORDES.

Le traitement chirurgical de la péritonite puerpérale. (Surgical treatment of puerperal peritonitis), par Z. H. EVANS. *Med. Rec.*, N.-Y., 12 avril 1890, t. II, p. 407.

Femme de 34 ans, fausse couche de 3 mois, remontant à 8 jours. Température au-dessous de la normale ; pouls à 157, 34 respirations ; langue sèche, tympanisme abdominal ; sueurs profuses, etc.

On ne donnait plus à la malade que quelques heures à vivre. Afin de tenter de la remonter, on lui fit prendre toute la nuit du whiskey, du lait, du carbonate d'ammoniaque, de la digitale. Le lendemain matin, comme elle vivait encore et que sa sensibilité était partiellement abolie, on lui donna quelques gouttes de chlo-

roforme, on incisa rapidement la paroi, on retourna la malade de manière à drainer la sérosité intra-abdominale et l'on fit un lavage du péritoine à l'eau chaude. Après une amélioration passagère, il y eut le 3e jour un grand frisson et des symptômes de résorption purulente; le bout du drain retiré contenait un pus épais. Réouverture du ventre, relavage, guérison. H. H.

Laparotomie dans la péritonite tuberculeuse, par L. N. VARNECK. *Meditsinskoé Obozriénié*. XXXV, 1891, n° 1, p. 11. — Il s'agit d'une femme âgée de 23 ans, entrée à l'hôpital pour une ascite considérable. Le ventre a grossi depuis un an environ et, malgré deux ponctions et évacuations consécutives, l'épanchement se renouvela bientôt. Ayant posé le diagnostic de péritonite tuberculeuse avec épanchement et dégénérescence des tubes et des ovaires, on pratique la laparotomie. A l'ouverture du ventre, l'auteur constate que toute la partie inférieure du feuillet pariétal du péritoine est parsemée de tubercules ; on trouve aussi des tubercules miliaires sur l'enveloppe séreuse des deux trompes et des ovaires, la face postérieure de l'utérus et très peu sur la partie inférieure de l'épiploon. Extirpation des trompes et des ovaires, excision d'une petite portion du péritoine pour l'examen microscopique, lavage à l'eau boriquée (à 1 0/0) et suture de la paroi abdominale. Les suites furent très satisfaisantes : rétablissement de la malade persistant plus d'un an après l'opération. On ne trouva les bacilles de Koch qu'en très petit nombre et après des recherches longtemps restées infructueuses. Il est à remarquer que, malgré l'ablation totale et bilatérale des trompes et des ovaires, la femme continua à être réglée tous les mois.

De l'intervention hâtive dans la péritonite purulente. (Early operations in purulent peritonitis), par JOSEPH PRICE. In *Medical News* Philadelphia, 9 août 1890, t. LVII, p. 142.

L'auteur constate que la statistique des interventions pour péritonite purulente devient généralement meilleure. A l'appui, il relate cinq observations de péritonite consécutive, trois à des pyosalpingites, 1 à une infection puerpérale et une à l'ablation d'un kyste de l'ovaire. Dans ces cinq cas, il pratiqua le lavage du péritoine, le drainage et compta 5 succès. P. N.

Le gérant : G. STEINHEIL.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME XXXV

Janvier à Juin 1891.

A

B

C

R

S

T

U

V

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME XXXV

Janvier à Juin 1891.

MÉMOIRES ORIGINAUX

REVUES CLINIQUES

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME XXXVI

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les Annales de Gynécologie paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris........................	18	francs.
Pour les départements..............	20	—
Pour l'Europe.........	22	—
Pour les États-Unis d'Amérique.....	23	—
Pour les autres parties du monde...	25	—

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie G. Steinheil, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr Hartmann, 80, rue Miromesnil, pour la partie gynécologique; à M. le Dr Varnier, 6, rue Herschel, pour la partie obstétricale ou à M. G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

ET D'OBSTÉTRIQUE

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

PAJOT, TILLAUX, PINARD, LEBLOND

Rédacteurs en chef.

H. VARNIER ET H. HARTMANN

TOME XXXVI

Contenant des travaux de

BLANC, DAUCHEZ, DMITRI DE OTT, GUYON,
HARTMANN, HENRY (Mme), HERRGOTT, LABADIE-LAGRAVE et GOUGET,
LABUSQUIÈRE, MALLY, OUI,
PINARD, PINARD et KIRMISSON, SCHUHL, TERRIER et HARTMANN

1891

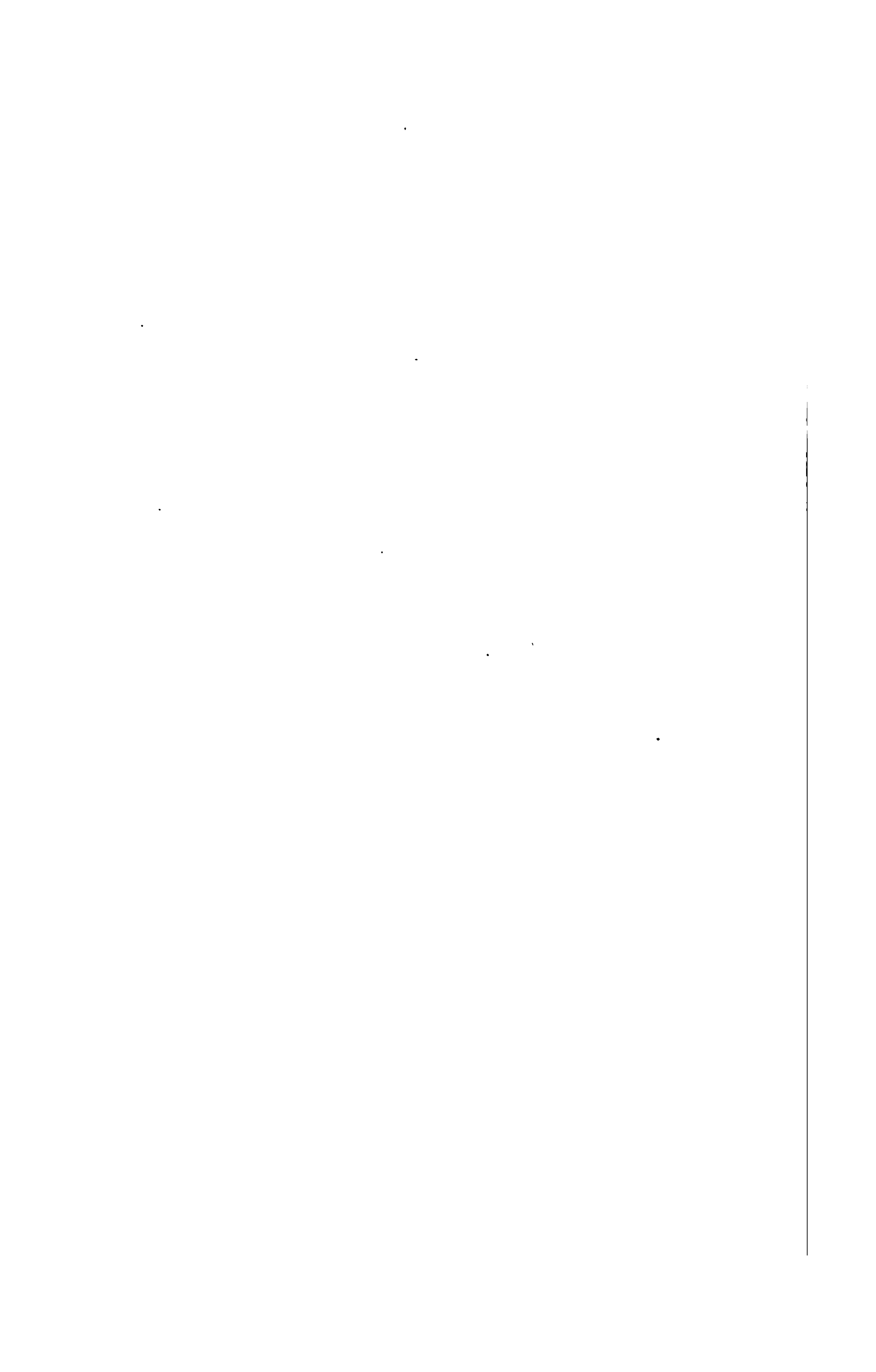
2e SEMESTRE)

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1891



ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Juillet 1891

TRAVAUX ORIGINAUX

TUBERCULOSE ET GESTATION

ÉTUDE CLINIQUE

Par le Dr **Alphonse Herrgott** professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Nancy.

Messieurs,

Depuis quelques mois, un certain nombre de femmes enceintes tuberculeuses sont entrées dans les salles de notre Maternité.

Vous avez pu remarquer que, chez toutes, malgré les soins dont elles étaient entourées, l'état général était devenu plus mauvais, et que les lésions produites par la présence du bacille de Koch dans le parenchyme pulmonaire s'étaient notablement aggravées, sous l'influence de la gestation et surtout après l'expulsion du fœtus.

Je n'ai pas l'intention de refaire ici l'histoire clinique de chacune d'elles ; cela nous entraînerait beaucoup trop loin et nous exposerait à des redites inutiles.

Je tiens seulement à vous rappeler l'observation de l'une d'entre elles, qui me semble devoir plus particulièrement attirer votre attention en raison des circonstances drama-

tiques qui ont amené sa mort, et aussi, à causes des recherches qu'elle nous a permis de pratiquer.

Le 14 novembre 1890, on apporte à la Maternité Mme X., âgée de 30 ans, enceinte pour la cinquième fois et dont la grossesse remontait à six mois environ.

Cette femme nous était connue. Elle était déjà venue faire ses couches dans notre service en décembre 1888.

A cette époque, sa santé était bonne, ses poumons étaient sains, et rien ne pouvait faire prévoir les accidents qui devaient se produire. Elle était enceinte pour la quatrième fois, l'enfant qu'elle allaita dans la suite s'était présenté par l'épaule, et, on avait dû faire la version sur les pieds pour l'extraire.

Mais, depuis cet accouchement, l'état de Mme X... s'était considérablement aggravé. Elle était enrhumée depuis quelques mois, lorsque, dans le courant de mai 1890, elle devint enceinte pour la cinquième fois.

Les débuts de cette nouvelle grossesse ne présentèrent rien de particulier ; la malade était souvent fatiguée ; la toux était fréquente et l'expectoration parfois même devenait sanguinolente. Elle ne se trouvait cependant, disait-elle, « pas plus malade que d'habitude », quand, vers le milieu de septembre, elle eut subitement, après des efforts de toux, des vomissements de sang qui l'effrayèrent beaucoup. Le sang qu'elle crachait était rouge et réapparaissait à chaque effort d'expectoration.

Ces hémoptysies ayant fini par disparaître, Mme X... essaya de reprendre son travail, mais, son état ne faisant qu'empirer, elle fut obligée de s'aliter, et, ne tarda pas à désirer revenir à la Maternité où elle entra le 14 novembre.

Le 15, lorsque je la vis à ma visite, je la trouvais dans un état de prostration et de dyspnée très graves.

Cette malheureuse était assise sur son lit, le regard fixe, anxieux, la face cyanosée, la respiration haletante, entrecoupée par une toux extrêmement douloureuse. Le pouls était petit, très fréquent, 136, la température au-dessous de

37°, à 36°,6. Un enduit blanchâtre produit par du muguet recouvrait la langue et l'intérieur de la bouche, ce qui donnait à l'haleine une odeur fétide.

Le ventre était peu développé. Le fond de l'utérus dépassait un peu l'ombilic. On entendait nettement les battements du cœur d'un fœtus qui était encore très mobile dans le liquide amniotique.

A la percussion de la poitrine, nous trouvons de la submatité en avant des deux côtés et de la matité en arrière, surtout au niveau des fosses sus et sous-épineuses.

Nous entendons, à l'auscultation, des râles sous-crépitants en avant et des râles sous-crépitants fins en arrière, au niveau des deux bases. Les bruits du cœur sont normaux, quoique précipités.

Le diagnostic n'était malheureusement que trop facile à porter. Nous nous trouvions en présence d'une femme atteinte de tuberculose généralisée dont l'état de dyspnée était encore augmenté par la gêne respiratoire causée par la présence d'un utérus gravide.

Comme notre malade n'était que dans le sixième mois de grossesse, je voulais tâcher d'arriver à atteindre le terme de la viabilité fœtale, afin de pouvoir, en provoquant l'accouchement, avoir un enfant viable. Mais comme il était possible qu'un accident subit, en enlevant la malade, ne rendit une opération césarienne urgente, je faisais tout préparer pour agir si une pareille éventualité se présentait. Une élève sage-femme devait rester jour et nuit, près de cette malheureuse, qui fut placée dans notre salle d'isolement.

Tout mouvement étant très pénible, je faisais placer une corde à la barre transversale de son lit, afin qu'en la saisissant, elle put se mouvoir plus facilement.

Cette corde, hélas, devait lui être fatale !

Le 16 novembre, à 5 heures du matin, l'élève de garde était sortie un instant de la salle d'isolement, momentanément rassurée sur l'état de Mme X... qui avait passé une nuit relativement calme. Lorsqu'elle revint, la malade n'était

plus dans son lit. Elle suppose, qu'elle s'était levée pour aller au cabinet, aussi ne s'inquiète-t-elle pas davantage de cette disparition, lorsque, tout à coup, elle aperçoit, faiblement éclairée par la lumière du gaz, la tête immobile de cette infortunée qui dépassait la partie inférieure du lit. Effrayée, elle l'appelle pour la faire quitter une position aussi étrange, c'est en vain, elle était morte !

Cette malheureuse trompant la sollicitude des personnes qui l'entouraient, s'était pendue à la corde que nous avions fait mettre à la barre de son lit. Elle s'était couchée par terre, *sous* le lit et avait placé son cou *sur* l'anse formée par cette corde. La tête était à quinze centimètres à peine au-dessus du sol !

La sage-femme en chef, prévenue en toute hâte, était accourue aussitôt ; elle avait ausculté l'abdomen, mais sans entendre les bruits fœtaux qui avaient été perçus la veille. Le fœtus n'avait, du reste, pas atteint le terme de sa viabilité.

L'autopsie fut pratiqué le lendemain. Les poumons adhérents à la plèvre, étaient atteints de granulie aiguë généralisée.

L'utérus étant intact et les membranes de l'œuf n'ayant pas été rompues, je priais M. Haushalter, chef du laboratoire de bactériologie, de vouloir bien recueillir le *liquide amniotique* pour l'inoculer à un *cobaye, afin de voir si ce liquide était susceptible de reproduire la tuberculose*, en un mot, s'il était *tuberculeux*.

On sait, en effet, que tous les animaux ne sont pas susceptibles, au même degré, d'être infectés par la tuberculose ; quelques-uns même, comme les gallinacés, sont très réfractaires, ainsi que l'a démontré M. le professeur Straus (1). Ce savant et consciencieux expérimentateur fit l'autopsie de poules qui avaient absorbé 45 kilogrammes de crachats tuber-

(1) *Congrès de la tuberculose*. Paris, 30 juillet 1888 et *Semaine médicale*, p. 299.

culeux, et qui, au bout de six mois, ne présentaient aucune trace de tuberculose. Tandis que d'autres animaux, les cobayes par exemple (c'est le motif pour lequel nous avions choisi un de ces animaux pour l'inoculer), sont extrêmement sensibles à la tuberculose. Cette réceptivité est telle que M. Arloing (1) considère le cobaye comme le réactif diagnostique par excellence de la tuberculose, alors que le lapin ne possède nullement ce caractère.

Le liquide amniotique fut donc recueilli avec toutes les précautions antiseptiques employées dans de pareilles circonstances et trois centimètres cubes de ce liquide furent inoculés, le 17 novembre, dans le péritoine d'un cobaye.

Les organes du fœtus et le placenta, examinés avec soin, ne présentaient aucune trace apparente de lésion tuberculeuse. Je priais M. Haushalter de vouloir bien inoculer également un fragment de placenta suspect dans la cavité péritonéale d'un deuxième cobaye, et un fragment de foie fœtal dans le péritoine d'un troisième. Le foie étant topographiquement, par le sang qu'il recoit par la veine ombilicale, l'organe fœtal exposé à être le premier contaminé par l'infection maternelle.

Si ces inoculations réussissaient, nous devions trouver, vu la réceptivité extrême du système lymphatique du cobaye à la tuberculose, un gonflement des ganglions voisins du lieu inoculé.

Malheureusement ces deux dernières inoculations furent sans résultat. Les deux cobayes succombèrent dans la nuit qui suivit, et M. Haushalter trouva à l'autopsie tous les organes intacts. « Les inoculations ayant été faites antiseptiquement, peut-être, dit-il dans la note qu'il m'a remise, la mort est-elle le fait d'une intoxication par des produits solubles toxiques fabriqués dans l'organisme de la mère, sous l'influence d'une asphyxie rapide chez une femme atteinte de maladie infectieuse aiguë. »

---

(1) *Congrès de la tuberculose*, 28 juillet 1888.

Le premier cobaye, celui chez lequel on avait inoculé dans le péritoine 3 centimètres cubes de liquide amniotique résista et survécut à l'opération qu'on lui avait faite.

J'en étais d'autant plus heureux que c'était la première fois, à ma connaissance, qu'une pareille expérience était faite. Des conditions tout à fait particulières sont nécessaires pour qu'une semblable tentative puisse être exécutée. Il faut que la mère soit tuberculeuse et que les membranes soient intactes. Or, ces conditions d'expérimentation se trouvaient réunies chez notre malheureuse femme, c'est pourquoi je désirais vivement voir ce que produirait cette inoculation.

Le cobaye, inoculé le 17 novembre, fut laissé en vie jusqu'au 1er février 1891. Afin d'éviter toute cause d'erreur, il fut placé à part dans une cage en terre vernie, tenue parfaitement propre et bien aérée. Pendant toute la durée qui s'écoula, depuis le jour où il fut inoculé jusqu'au moment où il fut sacrifié, c'est à dire pendant 74 jours, ce cobaye paraissait en bonne santé ; il mangeait bien ce qu'on lui donnait et conservait un poil lisse et brillant.

A l'autopsie on trouva « *une tuberculose ganglionnaire des ganglions abdominaux et thoraciques et une tuberculose miliaire aiguë récente dans le poumon. Il y avait de nombreux bacilles* ». M. Haushalter ajoute « qu'il est probable que si on n'avait pas sacrifié ce cobaye, il n'aurait pas vécu plus de quinze jours, qu'il aurait succombé à la tuberculose généralisée ; ce qui indique une virulence accusée du liquide injecté ».

Ce fait établissant *la virulence tuberculeuse du liquide amniotique chez une femme tuberculeuse* est important. Sans doute il ne nous est pas permis d'affirmer qu'il en est toujours ainsi dans tous les cas ; l'avenir se chargera de vérifier et de confirmer cette assertion. Mais ce fait, quelque isolé qu'il soit, ne doit pas être négligé.

Je n'insisterai pas maintenant, Messieurs, sur les conséquences qu'il nous est possible d'en tirer, nous y reviendrons un peu plus tard, lorsque nous étudierons les différents rap-

ports qui existent entre la gestation et la tuberculose. Pour le moment, je me borne à vous rappeler que presque tous les cas de tuberculose que nous avons observés dans nos salles ont été notablement aggravés, de façon qu'il nous est permis de considérer la grossesse comme une cause d'aggravation de cet état pathologique.

La femme enceinte, en raison des fatigues que lui cause la gravidité, se trouve moins bien armée pour résister à l'invasion bacillaire. Les grossesses répétées, surtout, ont une influence néfaste sur la santé de ces femmes, qui, ainsi que le disait si justement M. Landouzy, sont en état de « *faillite physiologique* ». Il n'y a donc rien d'étonnant que la femme dont la constitution était déjà mauvaise avant la fécondation, ne devienne facilement, par le fait de sa grossesse, un terrain de culture favorable au développement de la tuberculose. A plus forte raison, lorsque la femme était tuberculeuse avant la gestation. Dans ces cas, surtout, la grossesse donnera un véritable coup de fouet à la maladie et accélérera la marche de l'évolution pathologique.

Ces considérations, basées sur l'état actuel de nos connaissances médicales, doivent, Messieurs, vous paraître logiques et rationnelles, et, il n'est pas besoin de vous en dire davantage pour que la grossesse qui se développe chez une femme atteinte d'une phtisie commençante ne devienne dans votre esprit synonyme du mot *aggravation*.

Or, telle n'a pas toujours été l'opinion des médecins.

Un coup d'œil sur le passé est donc nécessaire.

II. — **Historique.**

Plusieurs opinions ont, en effet, été émises au sujet de l'influence de la grossesse sur la tuberculose.

Pour les uns, *la grossesse s'opposerait au développement de la phtisie ou en arrêterait l'évolution quand elle existe.*

Cette manière de voir était surtout celle des médecins du commencement de ce siècle et de ceux de la fin du siècle

dernier. Toutefois, quelques médecins contemporains partagent encore cette opinion.

W. Cullen, qui, on le sait, a vécu de 1712 à 1790, serait le premier qui ait soutenu cet avis, ainsi que l'établit le docteur Fl. Ortéga (1) dans sa remarquable thèse soutenue à Paris en 1876. « La grossesse, dit le célèbre médecin écossais (2), souvent retarde chez les femmes les progrès de la phtisie. »

Rosières de la Chassagne, également cité par M. Ortéga, dit même dans son *Manuel des Pulmoniques,* publié en 1770, que « de deux femmes phtisiques au même degré, on peut être sûr que celle qui deviendra enceinte portera son fruit à terme, tandis que l'autre pourra périr avant ce temps ».

Cette manière de voir était aussi celle de Bordeu (3), de J. Franck (4), de Dugès (5), etc. Andral lui-même, dans la troisième édition de sa *Clinique médicale* (6) s'exprime en ces termes : « J'ai pu me convaincre que dans la majorité des cas, les symptômes de la phtisie se suspendent ou restent stationnaires pendant le cours de la grossesse ». Gubler croyait aussi à l'influence favorable de la grossesse sur la tuberculose. Les idées de l'érudit professeur de thérapeutique se trouvent publiées dans la thèse de son éleve, M. Beylard (7), qui est de 1852.

Nous devons reconnaître cependant que si ces différents auteurs considéraient la grossesse comme devant avoir une heureuse influence sur l'évolution de la phtisie, tous sont d'accord pour reconnaître avec W. Cullen que « ce n'est communément qu'après l'accouchement que les symptômes

(1) *De l'influence qu'exercent la grossesse, l'accouchement et l'allaitement sur la phtisie pulmonaire* et réciproquement. Thèse de Paris, 1876.

(2) *Eléments de médecine pratique*, t. II, p. 189.

(3) *Recherches sur le pouls*, t. I, ch. 27.

(4) *Patholog. méd.*, t. IV, p. 246.

(5) Art Grossesse dans *Dictionnaire de médecine pratique.*

(6) T. IV, p. 366.

(7) *Du rachitisme, de la fragilité des os, de l'ostéomalacie.* Thèse. Paris.

reviennent avec violence et produisent la mort en peu de temps ». C'est donc après l'expulsion du produit de conception que les accidents tuberculeux s'accentuent et s'aggravent.

Fonssagrives, dans son livre sur la *Thérapeutique de la phtisie pulmonaire* (1866), explique de la façon suivante les idées de W. Cullen, idées qu'il accepte du reste complètement. « Le réseau capillaire sanguin du poumon et celui de l'utérus, sont comme les deux capsules d'un sablier dont l'une s'emplit quand se vide l'autre. Cette solidarité circulatoire explique pourquoi une menstruation régulière coïncidant avec des lésions pulmonaires même avancées est pour celles-ci une sorte de soupape de sûreté et permet une prolongation de la vie à laquelle des hommes arrivés au même degré de phtisie ne sauraient prétendre... C'est certainement, ajoute-t-il, par un mécanisme d'antagonisme fluxionnaire que l'on peut s'expliquer le répit que la grossesse procure aux phtisiques. C'est chose remarquable, en effet, que de voir la nutrition reprendre chez les poitrinaires dès que les troubles digestifs du début de la gestation se sont dissipés ; les symptômes offerts par l'appareil respiratoire accusent en même temps un amendement corrélatif, qui persiste jusqu'à ce que le volume de l'utérus distendu par le produit de la gestation soit devenu une cause mécanique de dyspnée. Il y a en un mot une amélioration temporaire.

Si la grossesse est un bénéfice du moment, l'état puerpéral est un danger imminent. A peine, en effet, l'accouchement a-t-il eu lieu que la contre-fluxion utérine n'existant plus, des fluxions phlegmasiques se produisent vers la poitrine et les accidents de ramollissement subaigu se pressent alors avec activité. »

Pour d'autres auteurs, *la phtisie resterait souvent stationnaire, s'améliorerait même, pendant les premiers mois de gestation, mais, à partir du quatrième ou du cinquième mois, les phènomènes pathologigues s'accentueraient notablement.*

C'était l'opinion de Gardien qui disait dans son *Traité complet d'accouchements*, t. II, p. 88, 3e édition, 1824 : « On observe, quelquefois, que les femmes chez lesquelles il existait, avant la grossesse, un vice organique considérable du poumon, se portent mieux, et semblent guéries pendant les trois premiers mois de la gestation; mais que. vers le quatrième et le cinquième, la toux, les douleurs, le crachement de sang, et les autres symptômes de la phtisie reviennent avec plus de force. Ces femmes parviennent cependant jusqu'à la fin de la grossesse, et accouchent heureusement; mais, elles périssent communément quelque temps après être accouchées ».

Capuron, dans son *Traité des maladies des femmes*, p. 436, s'exprime à peu près dans les mêmes termes.

« On a vu des femmes phtisiques, se porter mieux, en apparence, croire même à une guérison radicale pendant le commencement de la grossesse ; faible et courte illusion qui s'évanouit vers le quatrième ou le cinquième mois, car alors la toux s'exaspère, la douleur s'irrite ».

D'après M. Pidoux, « il faut diviser la grossesse en deux périodes : la première qui s'étend de la conception jusque vers le milieu de la gestation, et même un peu plus tôt; la seconde qui s'étend du quatrième mois au plus tard jusqu'à l'accouchement.

J'ai un grand nombre d'observations d'où il résulte que pendant les premiers mois de la grossesse, période de concentration et de spasme, la phtisie est enrayée et muette... Pendant la seconde période de la grossesse, période expansive et vasculaire, caractérisée par une direction opposée des mouvements fluxionnaires, la femme devient moins hystérique et moins hypocondriaque, l'élément vasculo-sanguin reprend son empire sur l'élément nerveux, les congestions se raniment, les tubercules pulmonaires sortent de leur torpeur... Il n'est pas rare de voir, pendant la seconde moitié de la grossesse, les symptômes de la phtisie, latente jusque-là, se réveiller et retrouver une activité plus grande qu'avant la grossesse. »

Le professeur Peter admet également dans sa *Clinique médicale* (1) que l'aggravation se produit surtout à partir du cinquième mois. « Ce qu'il y a d'intéressant, dit-il, c'est que cette aggravation se produit, non pas à un moment quelconque de la gestation, mais spécialement à une époque que nous avons vue être féconde en périls pour la femme atteinte de maladie du cœur, c'est-à-dire à partir du cinquième mois. Dès le début de la grossesse, il y a bien augmentation de la dyspnée, mais les accidents deviennent surtout graves à dater du cinquième mois ».

Cependant, il faut bien le reconnaître, si quelques auteurs, comme Cullen, considèrent la grossesse comme susceptible d'entraver la marche de la phtisie, si d'autres, comme Gardien, pensent que ce n'est que dans la seconde moitié de la gestation que les phénomènes pathologiques s'accentuent, la majorité des médecins surtout des médecins modernes, *regardent la grossesse comme un puissant agent accélérateur de la marche de la tuberculose.*

Mauriceau dans son *Traité sur la grossesse et l'accouchement des femmes et sur leurs maladies* était déjà de cet avis. Voici en quels termes s'exprimait le célèbre accoucheur à la suite d'une observation (2) de phtisie pulmonaire qui avait causé la mort d'une femme multipare accouchée quelques heures auparavant. « L'un des plus salutaires conseils, dit-il, que l'on pourrait donner aux femmes qui ont craché du sang dans le temps de leur grossesse serait de ne plus faire d'enfants à l'avenir, car leur poitrine devient toujours d'autant plus mauvaise qu'elles ont plus d'enfants, et elles périssent assez ordinairement par quelque renouvellement de fluxion, qui s'y fait presque toujours dans le temps de leur grossesse ou peu de temps après être accouchées. »

Il est impossible d'être plus net et plus précis, j'ajouterai volontiers plus conforme aux idées scientifiques modernes,

(1) T. II, p. 124, 1879.

(2) N° CDLV, vol. II, p. 376.

et, malgré cela, l'opinion de Mauriceau ne fut partagée que par un petit nombre. La majorité des médecins et des accoucheurs continuaient toujours à considérer la grossesse comme ayant une action plutôt favorable sur la phtisie, au moins pendant les premiers mois de la gestation.

C'est surtout Louis, qui, ainsi que le fait justement remarquer M. Gaulard (1), dans son important travail sur le sujet qui nous occupe, s'engagea franchement, en 1825, dans la voie tracée par Mauriceau près d'un siècle et demi avant lui.

« Nos observations, dit Louis dans ses *Recherches anatomico-pathologiques sur la phtisie*, ne nous ont pas mis à portée de savoir si la grossesse est, ou non, une circonstance capable de retarder la marche de la phtisie. Néanmoins, nous remarquerons au sujet de l'influence dont il s'agit, que peut-être il y a erreur et confusion de la part de ceux qui l'admettent. Il se pourrait, en effet, que plusieurs des symptômes de la phtisie fussent un peu plus obscurs dans le cours de la grossesse sans que l'affection en marchât moins rapidement. D'un autre côté, il ne serait pas impossible qu'à la suite de l'accouchement les progrès de la phtisie fussent encore plus marqués qu'à toute autre époque de son existence et la différence observée dans la marche de la maladie avant ou après cette fonction laborieuse aurait pu être une nouvelle cause d'illusion.

Mais comment croire que la grossesse qui produit la dyspnée, ralentisse le cours de la phtisie dont la dyspnée est toujours un symptôme plus ou moins incommode pour peu que les malades se livrent au mouvement. »

Vingt-deux ans après, en 1847, l'*Union médicale* publie, en janvier et en mars, deux articles importants qui confirment pleinement les idées de Mauriceau et de Louis.

Le premier, écrit par M. Hervieux, d'Elbeuf, se termine

(1) *De l'influence de la grossesse sur la tuberculose*, p. 36, Thèse d'agrégation Paris, 1880.

par la conclusion suivante : « Ainsi la grossesse n'a prémuni notre malade ni contre l'invasion de la pleurésie, ni contre les progrès de la phtisie pulmonaire. En d'autres termes, la fluxion dont l'utérus est le siège a été impuissante à détourner l'action des causes génératrices d'une maladie aiguë. Elle n'a pas su davantage suspendre la marche d'une affection chronique très peu avancée. Que faut-il conclure de ce fait ? c'est que l'assertion des auteurs, qui, confiants dans la sollicitude de la nature pour la conservation du nouvel être, regardent la grossesse comme une sorte de préservatif contre l'action des causes morbifiques ou comme une entrave à la marche des maladies préexistantes a besoin d'être démontrée par de nouveaux faits. »

Le second article est de M. Robert, de Strasbourg. Ce travail basé sur une observation recueillie dans le service de notre vénéré maître, M. le professeur Stoltz, démontre d'une façon plus évidente encore l'action désastreuse de la grossesse. A propos de ce cas, M. Robert déclare que, depuis longtemps, M. Stoltz enseignait dans ses leçons cliniques que chez une femme prédisposée à la phtisie pulmonaire, la grossesse pouvait changer cette prédisposition en maladie confirmée, et que, quand l'affection existait, elle en activait l'évolution et en hâtait le dénouement.

Mais, le mémoire le plus complet est celui que Grisolle lut, le 2 octobre 1849, à l'Académie de médecine et dans lequel l'illustre clinicien démontra par de nombreuses observations l'influence funeste de la grossesse sur la phtisie. « De quelque côté qu'on envisage les faits, dit-il, on arrive à conclure que la grossesse n'aurait pas, sur la marche de la tuberculose le pouvoir suspensif qu'on lui a attribué. Loin même d'être une circonstance favorable en prolongeant l'existence, l'état de la grossesse précipiterait plutôt la marche de la lésion organique ; et véritablement on ne comprendrait pas qu'il en fût autrement, car, l'organisme affaibli par la diarrhée, par les sueurs nocturnes, par l'expectoration et sans cesse miné par la fièvre hectique ne doit pas moins pourvoir

à deux existences. Ajoutons aussi que ces accidents divers, suites fréquentes de la gestation, en augmentant les souffrances, apportent un obstacle de plus à la nutrition, et doivent par conséquent favoriser les progrès de la tuberculisation. »

Depuis, un grand nombre de travaux sont venus confirmer les idées de Mauriceau, de Louis, de Stoltz et de Grisolle. Il m'est, vous le comprendrez bien, Messieurs, impossible de vous les mentionner tous.

Parmi les plus remarquables, outre les thèses d'Ortéga et du professeur Gaulard que vous connaissez déjà, je vous citerai le mémoire de Charles Dubreuilh (1), de Bordeaux, les thèses de Caresmes (2), de V. Meyer (3), de Petiau (4); les travaux de Hecker et Buhl (5), de Stehberger (6), de Lebert (7), de Leopold (8) et de Weltrubsky (9), en Allemagne; ceux de Bergesio (10), de Martinetti (11) et de Chiara (12), en Italie. La plupart des traités récents d'accouchements, parmi lesquels celui de MM. Tarnier et Budin (13) ne doit pas être oublié, s'occupent de l'action de la grossesse sur la tuberculose et la considèrent en général comme une cause d'aggravation.

Les recherches de Villemin (14), en 1865, sur l'inoculabilité

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XVII, p. 14 à 25, 1851.

(2) Thèse de Paris, 1866.

(3) *Grossesse, influence sur la phtisie pulmonaire*. Thèse de Strasbourg, 1867.

(4) Thèse de Paris, 1885.

(5) *Klinik. der Geb.*, 1861 t. I, p. 182.

(6) *Archiv. f. Gynæk.*, 1870. Bd I, p. 465 à 469.

(7) *Archiv. f. Gynækol.*, 1872. Bd IV, 457.

(8) *Archiv. f. Gynækol.*, 1879. Bd XIV, p. 299-302.

(9) *Wiener med. Presse*, 1883, p. 1321.

(10) *Annali di Ostetricia*, t. I, 1879.

(11) *Annali di Ostetricia*, mars 1886.

(12) *Annali di Ostetricia*, t. VIII, p. 491, et *Gazette hebdom.*, 1887, p. 173.

(13) *Traité de l'art des accouchements*, t. I, p. 88, 1886.

(14) Communication à l'Acad. de médecine, 5 décembre 1865. *Etudes sur la tuberculose*, 1868, et *Acad. de méd.*, 8 août 1868.

de la phtisie, recherches que Robert Koch (1) a confirmées d'une manière si éclatante en découvrant, en 1882, l'existence de bacilles dans les crachats des phtisiques et au milieu des tubercules miliaires, ont singulièrement simplifié et éclairci la question. Les rapports de la tuberculose avec la gestation sont dès lors mieux connus ; ils sont, grâce à ces importantes découvertes, plus nettement établis.

Ce sont eux que nous allons étudier, en envisageant successivement l'influence de la grossesse sur la tuberculose et l'action de l'infection tuberculeuse sur la gestation.

(*A suivre.*)

DE LA TOXICITÉ URINAIRE CHEZ LA FEMME ENCEINTE (2)

Par le Dr **Emile Blanc**, ancien chef de clinique obstétricale.

Il y a un mois environ nous communiquions à la Société des sciences médicales de Lyon (3), le résultat de nos recherches sur la toxicité urinaire de la femme enceinte et de la femme récemment accouchée. Presque simultanément M. le professeur Garnier faisait au nom du Dr Chambrelent une communication à l'Académie de médecine sur le même sujet. Or, comme le démontrent les notes que nous avons publiées simultanément dans les Annales de gynécologie d'octobre 1890, tous deux nous avons constaté un fait identique : c'est-à-dire une toxicité urinaire très faible chez la femme enceinte. Mais nous en tirions des conclusions différentes. En effet, MM. Chambrelent et Laulanié croyaient

---

(1) Communication faite le 24 mars à la Société phys. de Berlin, publiée dans la *Berliner med. Wochensch.*, n° du 10 avril 1882.

(2) Travail du laboratoire de gynécologie de la Faculté de médecine de Lyon.

(3) 6 juillet 1890.

pouvoir avancer, de leur six expériences, que : « *sous l'influence de la grossesse, le degré de toxicité de l'urine est manifestement diminué, et*, comme conséquence, *que l'organisme de la femme enceinte, à la fin de la grossesse, doit être plus ou moins saturé de matières toxiques* ». De notre côté, et après des expériences plus nombreuses (13), nous nous exprimions comme suit, en forme de conclusion : « Cette toxicité relativement faible, peu différente de la moyenne donnée par Favelier chez les enfants (70 c. c.) s'explique par certaines conditions d'expérimentation (injection sous pression faible et régulière), et souvent par la manière de vivre des femmes enceintes, gardées dans une clinique obstétricale jusqu'au moment de l'accouchement. Le travail musculaire est à peu près nul, leur régime sobre, leur souci du lendemain très limité, etc. Aussi, n'est-il pas étonnant que chez elles la production des matières toxiques soit réduite au minimum ». Et nous ajoutions : « *La femme enceinte, dans les conditions ordinaires de la santé, ne fait pas et n'élimine pas plus de matières toxiques que tout autre sujet* ».

La conclusion de MM. Chambrelent et Laulanié avait une grande importance dans l'étude de la pathogénie de l'éclampsie. Il convenait donc d'en rechercher l'exactitude, d'autant que, partis de la même idée directrice, nous interprétions les faits différemment. C'est dans ce but que nous avons commencé de nouvelles recherches.

Comme nous l'avons dit, MM. Chambrelent et Laulanié ont fait 6 expériences avec l'urine de femmes enceintes. La quantité de liquide injecté a varié de 100 à 250 c. c. On trouve une moyenne de 106 c. c. par kil. d'animal. Mais cette moyenne ne doit pas être acceptée comme l'expression de la vérité, car 3 fois l'injection ne fut pas poussée jusqu'à la mort de l'animal. Dans l'exp. 1 par exemple elle fut arrêtée à 100 c. c. alors qu'il existait seulement un peu de parésie de son train postérieur. De plus, il n'y est pas tenu compte de la quantité d'urine émise en 24 h., quantité qui atteignait [illegible] gr. dans l'expérience n° 1, et 1,884 gr. dans l'expérience [illegible]

La moyenne obtenue par nous, avec un peu plus de rigueur expérimentale, car tous nos animaux sont morts, était de 76 c. c. par kil. d'animal (1). Nous avions fait 15 injections, mais deux furent éliminées, soit parce que le liquide était passé en partie à la base de l'oreille (et la quantité fut considérable), soit parce que l'animal avait subi auparavant une inoculation microbienne. Il faut ajouter en outre que parmi les animaux injectés était une lapine pleine très vigoureuse qui succomba à 65 c. c. par kil. Nous voulions voir si la gestation augmentait ou diminuait la résistance du sujet. Or, après 5 minutes survinrent des convulsions puis le coma. L'expérience dura 20 minutes. Enfin, à 2 ou 3 reprises nous utilisâmes seulement des urines de jour. C'est en faisant la part de tous ces éléments, et de la moyenne quotidienne d'urine émise, que nous sommes arrivé, dans nos 13 cas, à obtenir le chiffre moyen de 76 c. c. par kil., chiffre inférieur à celui des autres expérimentateurs.

Nous avons entrepris une seconde série de recherches, en nous plaçant à un autre point de vue. En effet, nous avons comparé la toxicité urinaire de la femme enceinte, à celle de la femme non enceinte, mais *vivant à peu près dans les mêmes conditions que la précédente.*

Pour cela, nous avons pris les urines de 24 heures de femmes atteintes d'affections gynécologiques légères, en expectation ou en convalescence dans les services, n'ayant par conséquent ni fièvre, ni albuminurie, ni douleurs vives, etc., rien en un mot qui puisse troubler l'assimilation. Nous avons ainsi effectué 12 expériences, dont 6 avec de l'urine de femme non enceinte et 6 avec de l'urine de femme enceinte. Nous recueillons les urines de 24 heures; c'est donc un mélange des urines de jour et de nuit que nous injections. Le liquide était toujours bien filtré, neutralisé et vérifié dans sa densité. Nous ne le chauffions pas, parce que nous avons remarqué, avec le procédé d'injection dont nous parlerons

(1) La quantité de liquide injecté a varié de 100 à 356 c. c.

plus loin, que les urines se refroidissaient rapidement. D'ailleurs la même méthode a été suivie dans nos deux séries d'expériences. *Chez la femme non enceinte nous avons obtenu comme toxicité urinaire moyenne le chiffre de* 115 *c. c. par kil. d'animal.* La quantité de liquide injecté a varié de 150 c. c. à 350 c. c.

Chez la *femme enceinte la moyenne obtenue par nous a été de* 132 c. c. par kil. et le chiffre total du liquide injecté a varié de 86 c. c. à 350 c. c.

Nous avons d'ailleurs indiqué dans les deux tableaux suivants, tous les détails importants de ces recherches.

Femmes non enceintes.

	Quantité d'urine émise par jour	Quantité d'urine injectée	Poids du lapin —	Toxic. par kil.
N° 1....	1350 gr.	295 c. c. en 35 min.	2 k. 250 =	131 c. c.
N° 2....	880 gr.	180 c. c. en 25 —	1 k. 720 =	104 c. c.
N° 3....	850 gr.	150 c. c. en 20 —	2 k. 040 =	70 c. c.
N° 4....	900 gr.	350 c. c. en 40 —	2 k. 600 =	134 c. c.
N° 5....	1250 gr.	340 c. c. en 40 —	2 k. 170 =	156 c. c.
N° 6....	1500 gr.	150 gr. en 15 —	1 k. 500 =	100 c. c.
			Moyenne	115

Femmes enceintes.

N° 1....	1400 gr.	350 c. c. en 35 min.	1 k. 910 =	183 c. c.
N° 2....	1380 gr.	160 c. c. en 20 —	840 =	190 c. c.
N° 3....	1350 gr.	86 c. c. en 10 —	1 k. 570 =	54 c. c.
N° 4....	1550 gr.	243 c. c. en 20 —	1 k. 725 =	156 c. c.
N° 5....	1950 gr.	135 c. c. en 14 —	1 k. 470 =	93 c. c.
N° 6....	1075 gr.	266 c. c. en 25 —	2 k. 230 =	119 c. c.
			Moyenne	132

En tenant compte de ce fait, que la moyenne de la quantité d'urine émise en 24 h. par la femme enceinte dépasse de 250 gr. la moyenne physiologique du sexe féminin (1200 gr.), on peut distraire 25 c. c. de la toxicité moyenne que nous avons obtenue chez elle et l'abaisser aux environs de 107 c. c. par kil. d'animal. On arriverait ainsi à renverser la proposition

et à constater chez la femme en état de gestation, une toxicité urinaire plus grande qu'en dehors de la grossesse.

Mais la différence entre 107 et 115 c. c. est trop peu marquée, pour qu'une pareille conclusion puisse en être tirée. D'ailleurs cette proposition, serait-elle vraie, que nous n'en serions nullement étonné, car, quoique très sédentaire, la vie d'une femme enceinte en expectation dans un service, est encore plus active que celle de la femme couchée dans un lit de gynécologie.

De nos recherches découle donc la conclusion suivante : *Sous l'influence de la grossesse, la toxicité de l'urine n'est pas diminuée ; par suite, rien ne porte à admettre qu'à la fin de la grossesse, l'organisme de la femme enceinte soit plus ou moins saturé de matières toxiques.*

Avant de terminer nous croyons qu'il n'est pas inutile de donner quelques détails sur la façon dont nous avons pratiqué ces expériences, afin de diriger celui qui voudrait les répéter vers des résultats comparables.

L'urine, préparée comme à l'ordinaire, était injectée dans une veine marginale de l'oreille du lapin, sous une pression d'environ 0,80 centim., au moyen du dispositif suivant : Un tube gradué par centimètres cubes et de la contenance de 50 c. c., était relié par un tube de caoutchouc de 35 à 40 centim. de long avec une canule un peu forte de seringue de Pravaz et fixée sur cette canule. Avant de commencer l'injection, les conduits étaient soigneusement expurgés d'air, la veine rendue plus saillante par un léger massage de l'oreille (quelques frictions), et la compression des gros troncs afférents. Une fois la canule implantée dans la veine, l'écoulement du liquide s'effectuait régulièrement sous la seule influence de la pression réalisée. Nous nous sommes appliqué à obtenir une vitesse d'*écoulement de* 50 *c. c. d'urine par* 5 *minutes*, exerçant pour cela quelques pressions manuelles sur le tube de caoutchouc, quand la circulation du liquide paraissait se ralentir.

DE L'AVORTEMENT A RÉPÉTITION ET DES MOYENS D'Y REMÉDIER. (*Fin.*)

Par le Dr **Schuhl**, ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Nancy, lauréat de l'Académie de médecine (1).

Déviations utérines. — Déplacements de la matrice en arrière. — Malgré le peu d'importance que Stadfeld (2) attache à ces déplacements de la matrice au point de vue de la marche de la gestation, de nombreuses observations démontrent que les grossesses compliquées de rétroversion ou de rétroflexion utérine se terminent fréquemment par des avortements. Martin (3), sur 41 cas de rétroflexion de l'utérus gravide, a vu 15 avortements se produire. Une statistique dressée par May (4) comprend 150 cas de rétroflexion de l'utérus gravide : 33 fois il y eut avortement ou accouchement prématuré. Howitz (5), sur 52 observations, a noté 37 fausses couches. Le Dr Charles de Liège (6) qui a réuni 138 cas, a trouvé 47 avortements. Ajoutons que Olshausen (7) admet que la rétroflexion est la cause habituelle de l'expulsion du fœtus dans la première moitié de la grossesse, que pour Philipps (8), cette affection est une des origines les plus fréquentes de l'avortement habituel.

La production de la fausse couche n'a rien de surprenant dans les déviations en arrière de la matrice, quand on réfléchit aux troubles créés par ces affections. L'utérus qui se développe en rétroversion ne tarde pas le plus souvent à

(1) Voir *Annales de Gynécologie*, n° de mai et juin 1891.

(2) *Schmidt's Jahrbucher*, 1873, t. IV, p. 37.

(3) *Neig. u. Beug. der Gebarm.* Berlin, 1866, p. 185.

(4) Thèse Giessen, 1869.

(5) TARNIER et BUDIN. *Loc. cit.*, p. 237.

(6) *Des déplacements de la matrice en arrière*, 1878, p. 169.

(7) Zur Ætiologie des habituellen Abortus. *Berl. klin. Wochensch.*, 1871, n° 1.

(8) *Jahresbericht*, 1873, t. II, p. 651.

s'enclaver, à s'incarcérer dans le bassin. Les compressions qu'il subit alors réveillent fréquemment les contractions utérines. De plus, la circulation utérine est gênée ; des congestions, des hémorrhagies des membranes et du placenta se produisent avec leurs graves conséquences pour la grossesse. Enfin, la distension de la vessie et du rectum qui sont le résultat de l'incarcération utérine provoquent de la part de la femme de grands efforts d'expulsion qui peuvent être une cause d'avortement.

Heureusement les troubles que nous venons d'énumérer ne se produisent pas dans tous les cas de rétroversion. Quelquefois le déplacement de la matrice se corrige spontanément, et la grossesse suit alors souvent une marche régulière. Cette réduction spontanée explique certains cas curieux (1) dans lesquels, après plusieurs avortements, il y a eu grossesse à terme, puis nouvel avortement. C'est que, ainsi que le fait remarquer Philipps, l'utérus rétrofléchi peut dans une grossesse s'élever au-dessus du détroit supérieur sans aucun secours médical, et dans une autre gestation être de nouveau gêné dans son développement.

L'avortement peut encore être prévenu par la réduction artificielle de la matrice ; cependant cette opération n'empêche pas toujours la fausse couche. Martin (2) a vu 8 fois l'avortement se produire sur 31 cas de rétroversion traités par la réduction artificielle.

Les avortements peuvent se produire sans qu'aucun phénomène d'incarcération ait eu lieu. Ce sont les troubles de la circulation utérine qui sont alors la cause de l'interruption de la grossesse. On sait qu'à l'état de vacuité de l'utérus, les déviations sont accompagnées souvent de congestion utérine, de métrorrhagies, de métrite. Ces phénomènes seront encore plus accentués pendant la grossesse et seront capables de produire une fausse couche (3).

(1) PHILIPPS (in CHARLES. *Déplacements de la matrice en arrière*, obs. XXXV, p. 58).

(2) *Neig. u. Beug. der Gebärm.* Berlin, 1866.

(3) Exemples d'avortements répétés : deux cas de Moses (Th. Breslau, 1884,

Déplacements de la matrice en avant. — « L'antéversion, disent MM. Tarnier et Budin, n'est pas extrêmement rare au début de la grossesse, mais elle passe souvent inaperçue à cause du peu de gravité des symptômes auxquels elle donne lieu habituellement. »

En effet, la déviation est en général légère. Mais quand elle est prononcée, elle peut être une cause d'avortement et même d'avortement à répétition.

Cette opinion n'est pas partagée par tous les auteurs. Schrœder (1) dit même que, dans les déviations très prononcées en avant, la grossesse se passe normalement si aucune autre complication ne survient. Holst (2) a vu chez sept femmes enceintes atteintes d'antéflexion utérine une seule fois l'avortement se produire. M. le professeur Pinard (3), après la lecture des différentes observations rapportées par Moreau, Mme Boivin, Ashwel, Hüter, Pilat, Gehrung, Graily Hewitt et Voe, doute que l'antéversion puisse « être assez prononcée pour provoquer pendant les premiers mois de la grossesse des troubles ou des accidents analogues à ceux produits par la rétroversion. »

Au contraire cette déviation utérine est comptée par Hüter parmi les causes les plus fréquentes de l'avortement habituel, et cet auteur appuie son opinion sur plusieurs observations (4).

Déviations latérales de l'utérus. — Ces déviations n'exercent le plus souvent aucune influence fâcheuse sur la grossesse. Cependant, dans la latéro-position congénitale de la

---

p. 7 et 25), Moreau (Traité d'accouch., t. I, p. 216), Boivin et Dugès (Mal. de l'utérus, t. I, p. 218). Voyez dans le mémoire de Charles (*loc. cit.*) les observations de Philipps (obs. XXXIII, XXXIV, XXXV), de Wauters (p. 18), de L.-J. Hubert (p. 65).

(1) *Manuel d'accouch.*, trad. par le Dr CHARPENTIER, 1875, p. 351.

(2) *Magazin für Geb.*, t. XXI, p. 289.

(3) *Dict. encycl. des sc. med.*, article Grossesse, p. 118.

(4) *Monatsch. f. Geburtsh.*, 1864, t. XXIV, p. 199.

matrice, des avortements à répétition ont été observés par Lazarewitch (1).

Prolapsus utérin. — Le prolapsus de l'utérus gravide peut être une cause d'avortement. Hüter (2) rapporte 7 cas où il y eut avortement dans les six premiers mois. Litten (3) a noté sur 91 cas de prolapsus de l'utérus gravide, 16 expulsions prématurées du produit de la conception. Krause (4) sur 10 grossesses a observé deux expulsions prématurées.

Nous n'avons pas trouvé d'exemple d'avortement à répétition dû à cette affection ; cependant on conçoit facilement la possibilité de fausses couches répétées.

Adhérences péritonéales. — Les adhérences péritonéales qui fixent l'utérus aux organes voisins ont été rangées parmi les causes des déviations utérines pendant la grossesse et prédisposeraient ainsi à l'avortement. Mais ainsi que le font remarquer MM. Tarnier et Budin, il est des cas où la grossesse suit son cours normal. « Ces brides, cicatrices, adhérences sont en effet ramollies par le fait de la gestation ; elles peuvent donc se laisser distendre assez facilement ; elles se rompent même parfois, et elles cessent ainsi d'être un obstacle à la marche de la grossesse » (5). M. le professeur Pinard et M. le Dr Varnier (6), ont montré que si les brides qui unissent l'utérus aux organes voisins se modifient ainsi pendant la grossesse, et sont rarement la cause de la rétroversion de l'utérus gravide et de son irréductibilité, il n'en est pas de même des adhérences qui s'établissent en dehors de la zone utérine. « Ici, il n'existe aucune bride utérine proprement dite, mais une péritonite antérieure a déterminé des adhérences solides entre les anses intestinales, l'épiploon, la vessie, et ces adhérences forment à

(1) Voir *Annales de gynécologie*, 1885, juillet.
(2) *Monatsch. f. Geb.*, t. XVI, p. 192.
(3) Thèse 1869, cité par Bick, *loc cit.*
(4) Thèse 1876, citée par Bick, *loc. cit.*
(5) Tarnier et Budin, *loc. cit.*, p. 258.
(6) *Contribution à l'étude de la rétroversion de l'utérus gravide*, 1887.

l'excavation une sorte de couvercle très résistant qui s'oppose à toute ascension de l'utérus dans la cavité abdominale » (1).

TUMEURS PÉRI-UTÉRINES. — *Tumeurs de l'ovaire.* — Il n'est pas rare d'observer des avortements chez les femmes atteintes de tumeurs ovariques. Jetter (2) sur 215 grossesses a noté 21 avortements. M. Rémy (3) sur 321 grossesses compliquées de kyste de l'ovaire a trouvé 75 fois l'interruption de la gestation (avortement ou accouchement prématuré).

Les observations rapportées par Meinhard (4), Park (5), Kœberlé (6), montrent que les avortements peuvent se répéter chez la même femme.

Plusieurs conditions favorisent l'expulsion prématurée du fœtus. La tumeur peut augmenter rapidement de volume pendant la gestation, et exercer sur les différents organes, sur l'utérus en particulier, des compressions qui retentiront sur la marche de la grossesse. Elle subit quelquefois des altérations, telles qu'inflammation, rupture, torsion du pédicule, qui seront l'origine de la fausse couche. L'utérus présente souvent des déviations, dont il est inutile de rappeler l'influence. Enfin des adhérences de la tumeur à l'utérus peuvent gêner le développement de cet organe.

Tumeurs formées par les grossesses extra-utérines anciennes. — Dans les grossesses extra-utérines, le fœtus est quelquefois retenu très longtemps dans la cavité abdominale, sans troubler la santé de la femme. M. Sappey (7) a cité un cas de rétention pendant cinquante-six ans. M. le professeur Tarnier (8) a présenté à l'Academie de médecine une femme

(1) M. PINARD article « Grossesse » du *Dict. encyclop. des sc. méd.*, p. 113.
(2) Thèse. Tubingen, 1861
(3) Thèse d'agrégation. Paris, 1886, p. 121.
(4) *Med. Zeitung Russlands*, mai 1850.
(5) *Med. chir. transac.*, t. II.
(6) *Gaz. des hôpitaux*, 1867.
(7) *Acad. des sciences*, 27 août 1883.
(8) *Acad. de médecine*, 23 juillet 1889.

offrant une grossesse extra-utérine datant de trente-trois ans. Notre maître, M. le professeur A. Herrgott (1) a vu en 1876 le Dr H. Chiari pratiquer l'autopsie d'une femme dans le ventre de laquelle se trouvait un lithopédion, depuis un demi-siècle. Enfin, dans l'observation de Vebel, relatée plus loin, la tumeur fœtale a persisté pendant cinquante-quatre ans. Pendant la durée de la rétention du fœtus extra-utérin, de nouvelles conceptions peuvent se produire.

Mais les nouvelles grossesses sont exposées à des accidents qui déterminent quelquefois l'avortement. Nous avons pu réunir 49 observations de grossesses extra-utérines anciennes suivies de grossesses utérines : sur 83 de ces dernières grossesses, 13 se sont terminées par un avortement et 5 par un accouchement prématuré (2). Dans le cas suivant, il y a eu avortement à répétition.

Obs. — Nebel (3). S... de Marbourg, mariée à 33 ans. Deux grossesses antérieures. Nouvelle grossesse à 38 ans, extra-utérine. Les mouvements fœtaux cessèrent au terme normal de la grossesse. Faux travail. Il persiste une tumeur dure, inégale, changeant de situation suivant les différentes positions de la femme. Il y eut encore deux avortements. Mort à l'âge de 92 ans. L'autopsie permit de vérifier l'existence de la grossesse extra-utérine. Durée de la rétention du fœtus : 54 ans.

II. — Causes provenant du père.

Les nombreuses causes d'interruption de la grossesse que nous avons citées jusqu'ici démontrent combien est grande l'influence des maladies de la mère sur le développement du fœtus. Nous allons maintenant envisager la part qui revient au père dans la production des avortements à répétition.

On comprend facilement que cette part soit moins consi-

(1) Un cas de rétention fœtale (*Annales de gynécologie*, 1889, déc. p. 418).

(2) Thèse de Nancy, 1883, n° 180. *Des grossesses extra-utérines anciennes dans leurs rapports avec les grossesses utérines subséquentes.*

(3) *Arch. f. Gynak.*, t. XVII, p. 180.

dérable que celle de la mère. Celle-ci, en effet, dans les phénomènes de la reproduction, fournit l'ovule dont les qualités sont jusqu'à un certain point sous la dépendance de l'état général de la femme; de plus, elle doit donner à cet ovule fécondé tous les matériaux nécessaires à son complet développement. Le rôle du père est plus restreint. Il donne seulement à l'ovule une impulsion spéciale qui a pour résultat les différentes transformations que l'œuf subit jusqu'à son entière formation. Mais, si cette impulsion une fois donnée, l'action du père semble disparaître, elle se fait en réalité sentir pendant toute la vie du fœtus et a un profond retentissement sur sa constitution.

Nous allons essayer de démontrer ce fait en étudiant l'influence du père sur la production de l'avortement à répétition.

Excès de coit. — Nous avons montré que la répétition trop fréquente du coït, par l'action qu'elle exerce sur l'organisme maternel, peut interrompre la grossesse. Elle agit encore dans ce sens par l'altération du sperme qu'elle produit.

« L'observation, dit Jacquemier (1), pénètre assez difficilement sur ce terrain pour qu'il soit permis d'emprunter quelques remarques faites sur les animaux. M. Salomé a communiqué à M. Bouley les faits suivants très curieux. Quelques fermiers de sa localité, désespérés de voir avorter toutes les vaches qu'ils avaient fait saillir par le taureau *rouleur* de la commune, eurent l'idée d'avoir un taureau chez eux pour le service exclusif de leurs vaches. Toutes les bêtes saillies par ce taureau retinrent et menèrent à terme leurs produits. Les fermiers des alentours, voyant les succès de leurs voisins, attribuèrent à ce taureau des vertus toutes particulières, et demandèrent instamment la permission de lui présenter leurs vaches; les premières qui furent couvertes n'avortèrent pas, mais comme bientôt le nombre des femelles qu'il eut à servir

(1) *Dict. des sc. méd.* Avortement, p. 539.

s'accrut démesurément, le taureau ne tarda pas à s'épuiser, et avec ses forces disparut la vertu surnaturelle qu'on lui avait attribuée. Les vaches qu'il couvrit avortèrent comme celles qui avaient été saillies par l'étalon commun. »

Alcoolisme. — L'alcoolisme détermine des troubles divers de l'organisme, parmi lesquels on cite l'atrophie du testicule, l'altération des tubes séminifères et du sperme. Il n'est donc pas étonnant que l'alcoolisme du père puisse avoir un retentissement sur la marche de la grossesse (1).

Saturnisme. — M. Constantin Paul (2) a montré que le saturnisme du père est souvent une cause d'avortement, mais que son action est moins malfaisante que celle de la mère. Dans les 7 observations qu'il rapporte, il y a eu 11 fausses couches sur 32 grossesses; dans 3 cas, on a constaté des avortements successifs.

Syphilis. — L'influence de la syphilis paternelle sur l'interruption de la grossesse, quoique niée par un certain nombre d'auteurs, ne peut plus aujourd'hui être contestée. Sans doute il existe des cas dans lesquels des pères syphilitiques engendrent des enfants sains, leurs femmes restant elles-mêmes exemptes de syphilis. Des faits semblables ont même été assez souvent observés et leur fréquence montre que la maladie du père influe moins sur la grossesse que celle de la mère. Mais des exemples nombreux prouvent que des avortements, et même des avortements successifs, sont trop souvent la conséquence de la syphilis paternelle. M. Fournier, sur 103 grossesses résultant de l'union d'un homme syphilitique avec une femme saine a trouvé 41 avortements ou accouchements avant terme amenant des enfants morts ou moribonds (3).

---

(1) GOUBERT (*loc. cit.*, p. 82) a publié une observation d'avortements répétés qui lui a été communiquée par M. PINARD, et dans laquelle l'alcoolisme semble avoir été la cause des fausses couches.

(2) *Arch. gén. de méd.*, 1860, t. I, p. 527.

(3) *Bulletin médical*, 1889, p. 740.

De même que pour la syphilis maternelle, l'âge et le traitement de la maladie du père modifient le plus souvent son action sur la marche de la grossesse. Nous ne reviendrons pas sur ce point que nous avons étudié à propos de la syphilis de la mère, et qui est démontré par de nombreuses observations rapportées par M. le professeur Fournier (1).

Les moyens par lesquels cette affection du père produit l'interruption de la gestation sont les mêmes que ceux que nous avons mentionnés pour la syphilis maternelle.

Scrofule. — Lugol prétend que la scrofule du père peut ne pas avoir d'influence sur la marche de la grossesse, si la mère bien constituée est capable de fournir au fœtus des matériaux de réparation. Mais si « la semence de l'homme est d'une espèce trop dégradée », l'avortement est inévitable quel que soit l'état de la mère (2).

Tuberculose pulmonaire. — D'Outrepont relate une observation dans laquelle « une femme mariée à un tuberculeux eut cinq grossesses ; tous les enfants moururent au huitième mois. Remariée à un homme sain, cette femme eut quatre grossesses nouvelles qu'elle conduisit à terme, et elle accoucha d'enfants vivants et bien portants » (Tarnier et Budin).

Signalons enfin la *diathèse cancéreuse*, dont Jacquemier (3) a démontré l'influence sur les grossesses successives, et l'*albuminurie* du père à laquelle Routh (4) attribue une action sur l'interruption répétée de la grossesse.

III. — Causes dépendant de l'œuf.

Membranes trop minces. — Mauriceau, Stein, Gautron croient que l'avortement peut résulter de l'épaisseur insuffisante des membranes, de leur délicatesse excessive qui les

(1) *Bulletin médical*, 1889, p. 772 et *Syphilis et mariage*, 1890, p. 75 et 163.

(2) *Observation d'avortements répétés*. Lugol, *loc. cit.*, p. 255.

(3) *Dict. des sc. méd.* Avortement, p. 537.

(4) *Repertoire univ. d'obst. et de gynéc.*, 1889, p. 189, et 1891, p. 92.

exposent à se rompre prématurément pour la cause la plus légère. Deubel (1) cite à l'appui de cette opinion un cas dans lequel la rupture spontanée des membranes trop minces a occasionné six avortements.

Altérations de la caduque (endométrite). — Une observation de Maslovsky, que nous avons relatée en étudiant l'influence de la métrite, démontre que les lésions de la caduque peuvent se rencontrer dans plusieurs grossesses consécutives.

Maladies du placenta. — C'est par le placenta que le fœtus respire et se nourrit. Aussi les altérations de cet organe ont-elles une grande influence sur le développement du produit de la conception. Cette influence est en rapport avec l'étendue et la nature des lésions : tantôt le fœtus continue à vivre, mais naît chétif, malingre ; tantôt il meurt dans la cavité utérine et ne tarde pas dès lors à être expulsé.

Hydropisie des villosités choriales. — L'hydropisie des villosités choriales se produit quelquefois à plusieurs reprises chez la même femme. Meyer l'a observée dans 11 grossesses successives. Osborn (2) a vu une jeune femme accoucher de trois môles dans l'espace de trois ans. Depaul (3), Puech (4), Rieck (5), ont observé des cas semblables.

Krieger (6) rapporte l'histoire d'une femme qui, après deux accouchements prématurés, eut trois grossesses compliquées de cette altération du chorion.

Dans un certain nombre des observations que nous venons de mentionner, l'accouchement a eu lieu près du terme normal ; dans le cas suivant, l'œuf a été expulsé chaque fois dans les premiers mois de la grossesse.

---

(1) *Loc. cit.*, p. 37.
(2) *Brit. med. Journ.*, 1864.
(3) Clinique obstétricale.
(4) SOULAYRAC. Th. Monpellier, 1830, p. 59.
(5) Thèse Berlin, 1890, p. 25.
(6) *Monatsch. f. Geburtsk.*, 1864, t. XXIV, p. 242.

Obs. — Steinberger 1) raconte qu'une femme après une gestation normale expulsa une môle entre la 15e et la 16e semaine de trois grossesses successives. Elle fut très affaiblie par l'hémorrhagie qui accompagna chaque avortement. On ne constata chez cette femme aucun autre état pathologique. Steinberger lui recommanda d'éviter les excès de coït auxquels il attribuait une influence sur la production des altérations du chorion. Une grossesse suivante fut régulière et se termina par la naissance de jumeaux bien portants.

Dégénérescence fibro-graisseuse du placenta. — Cette altération s'observe quelquefois dans plusieurs grossesses successives et peut donner lieu à des avortements répétés. MM. Tarnier et Budin (2), Lawson Tait (3) en citent des exemples.

Hémorrhagies placentaires. — Nous avons vu qu'un grand nombre des causes d'interruption de la grossesse que nous avons énumérées peuvent provoquer des hémorrhagies dans les annexes du fœtus. Citons parmi les principales, l'albuminurie, les maladies du cœur, certaines affections utérines. Lorsque les épanchements sanguins siégeant dans le placenta ne provoquent pas directement les contractions utérines, le fœtus ne tarde pas à succomber si une grande partie du placenta a été décollée.

D'autres lésions placentaires peuvent produire l'avortement à répétition.

L'*hypertrophie du placenta* a été notée par Simpson (4) chez une femme qui avait eu six ou sept enfants morts, expulsés avant terme.

L'*œdème* de cet organe, sa *dégénérescence calcaire*, lorsqu'elle est étendue, sont cités par le même auteur parmi les causes de la mort du fœtus dans des grossesses successives.

Signalons enfin les *lésions syphilitiques du placenta* que

(1) Rieck. *Loc. cit.*, p. 20.

(2) *Loc. cit.*, p. 333.

(3) *Transact. of the obst. Society of London*, t. XVII, 1875, p. 326.

(4) *Clin. obst. et gynéc.*, trad. Chantreuil, 1874, p. 118.

nous avons déjà mentionnées en étudiant les avortements dus à la syphilis.

Sténose des vaisseaux du cordon. — Parmi les causes de la mort du fœtus survenant dans le cours de plusieurs grossesses, Leopold (1) cite la sténose des vaisseaux ombilicaux. Cette altération a été observée dans le cas suivant.

Obs. — Le Dr Taylor (2) cite le cas d'une dame ayant eu sept avortements du 3e au 8e mois, sans cause appréciable. Dans un cas où le fœtus de 7 à 8 mois était mort depuis plusieurs jours, le cordon ombilical induré ayant été coupé, on vit les trois vaisseaux rigides, rétrécis, avec des parois épaisses. On sut que le mari avait eu une ulcération à la verge. Un traitement mixte fut employé chez la femme qui eut deux accouchements à terme : le premier enfant mourut à l'âge de trois mois, le second à l'âge de deux semaines.

Mort du fœtus. — Lorsque le fœtus succombe dans la cavité utérine, il devient un corps étranger qui provoque au bout d'un temps variable l'apparition des contractions utérines. Son expulsion, suivant Ruge, a lieu en moyenne 15 à 16 jours après la mort.

La mort du fœtus peut se produire dans le cours de plusieurs grossesses successives. Les faits de ce genre ont depuis de nombreuses années attiré l'attention des accoucheurs et ont donné lieu à un grand nombre de travaux, parmi lesquels nous citerons ceux de Denman, d'Outrepont, Simpson, Fuhrhans, Martin, Bonnekamp, Dobner, Scanzoni, Spiegelberg. Leopold (3) qui a fait un historique complet de cette question résume, en 1875, son opinion dans les conclusions suivantes : La mort habituelle du fœtus peut avoir plusieurs causes, dont les principales sont : 1° dans la majorité des cas la syphilis des parents ; 2° l'anémie ou une anomalie du sang de la mère ; 3° les affections chroniques de l'utérus

(1) *Arch. f. Gynäk.*, VIII, 1875, p. 220.
(2) Blaise. *Hérédité syphilitique.* Th. d'agrég. Paris, 1883, p. 97.
(3) *Arch. f. Gynäk.* t. VIII, p. 220.

et une excitabilité exagérée de cet organe ; 4° une excitabilité générale individuelle ; 5° une disposition héréditaire ; 6° les lésions du placenta et du cordon.

Ruge (1), en 1877, trouve que la plus grande partie des enfants macérés succombent à la suite de la syphilis (83 0/0) et que les autres meurent sous l'influence de différentes causes : maladies maternelles, maladies de l'œuf, traumatismes.

Simpson (2) admet également que dans 83 0/0 des cas la syphilis doit être invoquée.

Pour Boyers (3), en dehors de certaines affections maternelles (anémie, etc.), la mort du fœtus a, au point de vue pratique, trois origines principales : la syphilis, l'endométrite et les déplacements utérins.

Parmi les observations d'avortements que nous avons réunies, il y en a un certain nombre dans lesquelles nous avons trouvé des renseignements sur l'état du fœtus au moment de son expulsion : la mort intra-utérine dans des grossesses successives y est indiquée dans les affections suivantes : 1° maladies de la mère : syphilis, intoxications saturnine et mercurielle, albuminurie, anémie, tuberculose pulmonaire ; 2° affections du père : syphilis, saturnisme, tuberculose pulmonaire, diathèse cancéreuse ; 3° lésions des annexes du fœtus. Au point de vue de la fréquence de ces différents états pathologiques, la syphilis occupe le premier rang. Ajoutons que dans quelques observations, la cause de la mort est restée inconnue.

Avortement à répétition de cause inconnue. — Bien souvent, en effet, des femmes avortent à plusieurs reprises sans qu'on puisse, malgré des recherches minutieuses, reconnaître sous quelle influence les fausses couches se sont produites.

---

(1) *Zeitsch. f. Geburt.*, 1877, t. I, p. 57.

(2) Congrès de l'ass. méd. de Glascow, 1888 (*Répertoire univ. d'obst. et de gyn.*, 1889, p. 189).

(3) *Répertoire univ. d'obst. et de gyn.*, 1889, p. 189.

Ainsi que nous le verrons plus loin, certaines affections que nous avons étudiées sont, dans certains cas, d'un diagnostic très difficile et peuvent facilement rester inconnues. On est cependant obligé actuellement d'admettre, qu'outre les causes d'avortement à répétition que nous avons citées, il en existe d'autres que nous ne connaissons pas encore. Mais ces avortements successifs de cause inconnue sont appelés à devenir de plus en plus rares et même à disparaître complètement avec les progrès de la science.

Fréquence relative des différentes causes d'avortement à répétition. — Les différents états pathologiques que nous avons énumérés n'occasionnent pas tous avec une égale fréquence l'avortement à répétition.

Olshausen (1) place au premier rang la syphilis et la rétroflexion de l'utérus. La première produirait l'expulsion du fœtus dans la deuxième moitié, la deuxième dans la première partie de la grossesse. Rarement, dit-il, la cause de l'avortement réside dans l'antéversion et l'antéflexion ; assez fréquemment les catarrhes utérins chroniques déterminent ces fausses couches.

Pour Nœgele et Grenser (2), l'avortement à répétition est ordinairement la suite de certaines anomalies utérines, telles qu'inflexions, catarrhe utérin, etc., assez souvent il est la conséquence de la syphilis constitutionnelle. Philipps (3) voit dans la rétroflexion utérine, Hüter (4) dans l'antéflexion une des origines les plus fréquentes de l'interruption répétée de la grossesse. Eybert Grandin, Groskewitch (5) et la plupart des auteurs donnent le premier rôle à la syphilis.

S'il nous était permis d'apprécier la fréquence des différentes causes d'après les observations que nous avons pu réunir, nous pourrions dire également que la syphilis occupe

(1) *Berlin. klin. Wochensch.*, 1871, n° 1.
(2) Traité pratique de l'art des acc. Trad. AUBENAS, 1880, p, 751.
(3) Transact. of the obst. Soc. of London, 1873, p. 45.
(4) *Monatsch. f. Geb.*, t. XXIV, p. 199.
(5) *St-Pétersburg med. Wochensch.*, 1885, p. 151.

le premier rang et que les affections utérines, et parmi elles surtout les déviations utérines, les fibromes, les déchirures du col ne viennent qu'en second lieu. Il est impossible, d'après les faits publiés jusqu'aujourd'hui, de juger la fréquence relative des autres causes d'avortements repétés. La plupart des auteurs qui se sont occupés de cette question ont relaté un certain nombre d'observations ayant pour but d'attirer l'attention sur certaines origines des fausses couches, et on ne peut en tirer aucune conclusion sérieuse au point de vue que nous aurions voulu élucider.

Diagnostic des causes d'avortement à répétition. — Ce diagnostic est quelquefois entouré de très grandes difficultés. On devra pour l'établir faire un examen aussi complet que possible de la mère, du père, du fœtus et de ses annexes. Pour ce qui concerne le père et la mère, leur âge, leur profession, leurs antécédents morbides, leur état général, l'état des différentes fonctions de l'économie devront être notés avec soin. Nous n'avons pas l'intention de faire ici le diagnostic différentiel des différentes maladies qui peuvent être des causes d'avortements; cependant nous tenons à attirer l'attention sur quelques affections dont le diagnostic peut être particulièrement difficile.

Les *flexions utérines*, ainsi que Hüter (1), l'a démontré, disparaissent souvent dans le cours de l'avortement pour se reproduire quelques jours après l'expulsion du produit de la conception. Les contractions des fibres longitudinales de l'utérus peuvent, en effet, redresser momentanément cet organe fléchi, et un examen pratiqué dans le cours de l'avortement fait alors méconnaître la cause réelle de la fausse couche. Aussi Hüter donne-t-il le conseil de faire une nouvelle exploration des parties génitales quelques jours après l'expulsion de l'œuf, si on ne peut pas trouver une cause évidente de l'avortement.

La *syphilis* peut être également méconnue si les signes

(1) *Monatsch. f. Geb.*, 1864, t. XXIV, p. 217.

extérieurs de cette affection ont disparu et si le malade ne donne pas des renseignements exacts sur ses antécédents pathologiques. Dans ces conditions, un traitement spécifique institué malgré l'incertitude du diagnostic a souvent permis d'obtenir des grossesses normales après plusieurs avortements, et a révélé l'origine des fausses couches.

Un grand nombre d'avortements de cause inconnue sont probablement produits par la syphilis. Aussi Trousseau (1), a-t-il pu dire : « Quand vous serez appelés près d'une femme pour laquelle l'accouchement prématuré est devenu une habitude, vous aurez tort si vous ne faites pas figurer l'infection syphilitique parmi les causes supposables dont on dresse un catalogue provisoire avant d'asseoir son jugement ». Depaul conseille également, en face d'une série de fausses couches dont on n'a pu trouver la cause, de tenter un traitement antisyphilitique.

Ainsi que nous l'avons fait remarquer, des avortements ont quelquefois été attribués à l'irritabilité utérine, à l'atonie ou à la rigidité de la matrice, à la laxité du col (sans déchirure), à l'habitude.

Sans vouloir nier l'existence de ces causes d'interruption de la grossesse, nous sommes obligés d'avouer que leur diagnostic nous paraît bien difficile et toujours incertain. Aussi dans l'étude du traitement classerons-nous les cas de ce genre dans la catégorie des fausses couches de cause inconnue.

De l'avortement à répétition considéré au point de vue de l'époque de la grossesse à laquelle il se produit. Quelques-unes des causes que nous avons étudiées n'entraînent l'interruption de la grossesse qu'à des époques déterminées de la gestation. Les observations que nous avons citées montrent que dans l'albuminurie l'expulsion du fœtus a rarement eu lieu avant le 5e mois, que dans les affections du cœur les avortements se produisent en général à partir du 5e mois,

(1) Clinique méd. de l'Hôtel-Dieu, 6e édition, 1882, t. III, p. 319.

quelquefois avant cette époque. Dans la syphilis, la fausse couche peut survenir à toutes les époques de la grossesse, mais son maximum de fréquence est dans la seconde moitié de la gestation. Les avortements répétés dus à la métrite s'observent le plus souvent pendant les quatre premiers mois. On comprend facilement pourquoi la rétroversion et l'antéversion utérine déterminent l'expulsion de l'œuf avant la fin du 5e mois; à partir de cette époque, l'utérus a acquis un volume qui ne lui permet plus de basculer au-dessous du détroit supérieur.

Les avortements successifs surviennent souvent à la même période de chaque grossesse; mais ce fait est loin de se produire dans la généralité des cas. Dans les observations que nous avons réunies, il y en a 74 dans lesquelles l'âge de la grossesse est indiqué au moment de l'expulsion du fœtus. Dans 23 cas, cette expulsion a eu lieu chaque fois à la même ou à peu près à la même époque de la gestation. Dans 13 autres observations, il n'y a eu qu'une différence d'un mois entre la durée des différentes grossesses. Pour 38 cas, l'écart a été plus considérable.

C'est surtout dans la rétroversion utérine que les fausses couches se sont reproduites à la même époque (5 cas sur 6). Dans la syphilis, au contraire, les grossesses successives se rapprochent généralement de plus en plus du terme normal.

DEUXIÈME PARTIE

MOYENS DE REMÉDIER A L'AVORTEMENT A RÉPÉTITION

Si nous avons insisté un peu longuement sur l'étiologie, c'est parce que la connaissances des causes de l'interruption de la grossesse est absolument nécessaire si l'on veut traiter avec des chances de succès une femme sujette aux fausses couches. En effet, faire disparaître cette cause ou, si on ne peut pas arriver à ce résultat, atténuer ses effets, voilà en

quoi consiste dans ses traits généraux le traitement préventif de l'avortement à répétition.

Le médecin peut être appelé à donner ses soins soit à une époque où la femme n'est pas enceinte, soit pendant une grossesse. Nous envisagerons chacune de ces deux circonstances.

Les causes d'avortement à répétition qui dépendent du père peuvent toutes, ainsi que nous l'avons vu à propos de l'étiologie, se rencontrer également chez la mère; aussi ne feronsnous pas à propos du traitement un chapitre spécial pour les avortements d'origine paternelle et étudierons-nous pour chaque cause, s'il y a lieu, le traitement applicable et au mari et à la femme.

I. — Traitement en l'absence de grossesse.

Ce traitement doit avoir pour but de supprimer quand cela est possible, déjà avant la gestation, les causes d'avortement qui peuvent exister chez la femme ou chez le mari. Ces causes sont constituées pour la plupart par des maladies dont le traitement en l'absence de grossesse est étudié longuement dans les traités de pathologie. Aussi n'avonsnous pas l'intention de passer en revue tous les moyens proposés contre ces états pathologiques; nous nous bornerons à quelques considérations sur certaines de ces affections. Parmi celles-ci, il en est contre lesquelles nos ressources thérapeutiques sont peu considérables et qui s'aggravent sous l'influence de la grossesse, au point d'entraîner quelquefois la mort de la femme. Doivent être rangées dans cette classe les néphrites, la tuberculose pulmonaire, les maladies du cœur. Dans ces cas, à part une réserve que l'on pourrait faire pour certaines lésions aortiques, on devra conseiller à la malade d'éviter de devenir enceinte.

L'intervention du médecin dans le traitement de la *syphilis* commence dès le moment de la contamination. Il doit déjà prévenir *avant le mariage* l'influence nuisible que cette

affection pourrait exercer sur les grossesses ultérieures. Dans ce but, son devoir est non seulement de traiter le malade par les moyens ordinaires, par le mercure et l'iodure de potassium, mais encore de lui interdire le mariage jusqu'à ce que les dangers pour le produit de la conception aient disparu. M. le professeur Fournier a magistralement exposé les conditions d'admissibilité au mariage d'un sujet syphilitique (1). Ce sont, en résumé : 1° l'absence d'accidents spécifiques actuels ; 2° l'âge avancé de la diathèse (au minimum trois ou quatre années) ; 3° une certaine période d'immunité absolue, consécutivement aux dernières manifestations spécifiques (au minimum dix-huit mois à deux ans) ; 4° le caractère non menaçant de la maladie ; 5° un traitement spécifique suffisant (mercure et iodure de potassium employés à doses curatives, d'une façon intermittente pendant trois ou quatre ans au moins).

Après le mariage, si un seul des époux est syphilitique, il faut avant tout éviter la transmission de la maladie de l'un à l'autre. Il est, en effet, démontré que l'influence de la syphilis sur le produit de la conception est la plus considérable lorsque les deux parents sont infectés. M. Fournier, comparant l'action de cette maladie suivant son origine, a trouvé que « l'hérédité paternelle, alors qu'elle s'est exercée, s'est traduite par une mortalité fœtale de 28 0/0, l'hérédité maternelle par une mortalité de 60,5 0/0, l'hérédité mixte par une mortalité de 68,5 0/0. »

Pour prévenir l'infection de l'un des époux par l'autre, on devra renseigner le malade sur la contagiosité de son affection et chercher à faire disparaître au plus tôt les lésions transmissibles en les cautérisant avec énergie et en instituant un traitement intense par le mercure et l'iodure de potassium, « dix à quinze centigrammes de protoiodure, dit M. Fournier, deux à trois et même quatre centigrammes de sublimé, quotidiennement, ne constitueront pas une moyenne

(1) *Syphilis et mariage*, 1890, p. 141 à 232.

excessive, au moins en général et réserve faite pour la tolérance individuelle avec laquelle il y a toujours à compter. Souvent même il ne sera pas inopportun d'associer l'iodure au mercure, pour activer encore la médication. Poursuivez ce traitement deux mois environ. Au-delà, cessez le quelques semaines, pour éviter les effets d'accoutumance. Puis reprenez-le dans les mêmes conditions, pour le même temps, et ainsi de suite ».

Que la syphilis soit restée limitée à l'un des époux ou les ait atteints tous deux, la grossesse doit être défendue avant que la durée du traitement ait été suffisante pour rendre l'affection inoffensive pour le produit de la conception, avant que les malades aient rempli les conditions énumérées plus haut à propos de l'admissibilité au mariage.

Parmi les *malformations utérines* que nous avons énumérées, l'utérus double est seul susceptible d'un traitement à l'état de vacuité. La section de la cloison utérine a été faite dans un cas par Schrœder et a donné les résultats les plus satisfaisants pour une grossosse ultérieure.

Lorsqu'il existe une *métrite chronique*, ce n'est que dans l'intervalle des gestations qu'on pourra la traiter d'une manière efficace.

Parmi les différents procédés thérapeutiques, le curettage de l'utérus a surtout donné de bons résultats. Benicke (1) le considère comme le meilleur moyen prophylactique de l'avortement dans l'endométrite. Il a fait, en trois ans, cette opération dans 10 cas, et le plus souvent les grossesses ultérieures ont eu un cours normal. Dans trois de ces cas, le curettage a été pratiqué après des avortements répétés. Duvelius (2), Heinricius (3), Schrœder (4), Veit (5) rapportent des cas semblables.

---

(1) *Zeitsch. f. Geb. und. Gyn.*, XI, p. 411.
(2) *Zeitsch. f. Geb. und Gynäk*, 1884, X, p. 175.
(3) *Arch. f. Gynäk.*, 1886, XXVIII, p. 163.
(4) TARNIER et BUDIN. *Loc. cit.*, p. 317.
(5) *Berlin. klin. Woch.*, 1887, p. 641.

Lorsque la femme est atteinte de *déchirure du col utérin*, la trachélorrhaphie peut permettre aux grossesses d'arriver à terme. Nous avons vu que ce fait a été constaté par Spiegelberg. Des observations de Grailly-Hewit (1) et de Schwartz (2) démontrent également l'efficacité de cette opération pratiquée après plusieurs avortements. Mais, ainsi que le fait remarquer Gaillard Thomas, la trachélorrhaphie ne réussit pas toujours à prévenir l'expulsion prématurée du fœtus parce que d'autres causes de fausses couches, une endométrite, des déviations utérines concomitantes peuvent subsister et réclament un traitement spécial.

Dans les *déviations de l'utérus*, le redressement de la matrice pratiqué après plusieurs avortements et suivi de l'usage d'un pessaire a souvent donné les résultats les plus satisfaisants pour une grossesse ultérieure (3). Pour certains déplacements, le raccourcissement des ligaments ronds pourrait être aussi efficace. Mais la gastro-hystéropéxie, ainsi que Kustner (4) l'a observé, peut, par contre, être une cause indirecte d'avortement en faisant perdre à l'utérus la mobilité nécessaire à son développement pendant la grossesse.

Lorsque des *adhérences péritonéales* ont provoqué l'expulsion prématurée du fœtus, le massage des organes génitaux internes, la rupture des adhérences de l'utérus conseillée par Schultze (5) ou la laparotomie pourront être indiqués.

Le traitement prophylactique des *lésions du placenta* et du *cordon*, le traitement de la *mort habituelle du fœtus* consiste à combattre leurs causes. Si on a constaté dans une grossesse antérieure une maladie placentaire, on pourra avoir à traiter soit la syphilis, soit une endométrite, etc.

(1) *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.* 1886, p. 240.

(2) Tarnier et Budin. *Loc. cit.*, p. 477.

(3) Charles. *Loc. cit.*, obs. XXXIII et XXXIV.

(4) *Annales de gynéc.* oct. 1889, p. 296.

(5) Traité des déviations utérines, trad. par M. le professeur Herrgott. Paris, 1884, p. 286.

Malgré l'obscurité qui existe encore sur l'étiologie de la sténose des vaisseaux du cordon, un traitement antisyphilitique pourra quelquefois être avantageux, ainsi que le démontre une observation de Taylor, rapportée plus haut. Quant à la mort habituelle du fœtus, nous croyons inutile de revenir sur son étiologie.

Si la *cause* des avortements est restée *inconnue*, on ne pourra en-dehors de la grossesse que recommander à la femme et au mari de ne pas s'écarter des règles de l'hygiène et combattre les différents états morbides qui peuvent se rencontrer chez eux.

Rappelons que la syphilis n'est pas toujours avouée par les malades et qu'un traitement spécifique a quelquefois remédié aux avortements dans des cas où il n'y avait aucun signe certain de syphilis (1).

II. — Traitement pendant la grossesse.

Nous avons vu qu'avant la grossesse, le traitement préventif de l'avortement est applicable suivant les cas à la femme ou au mari, ou aux deux époux à la fois. Pendant la grossesse, au contraire, on ne pourra plus traiter que la femme, et c'est par son intermédiaire qu'on devra chercher à agir sur l'œuf, soit pour remédier aux maladies propres à la mère, soit pour annihiler l'influence nuisible du père.

Il est un certain nombre de précautions que doit prendre pendant la grossesse toute femme qui a été sujette à des

(1) Les recherches que M. Nocard a entreprises sur les causes de l'avortement épizootique des vaches l'ont amené à recommander pour ces animaux un certin nombre de mesures prophylactiques de l'avortement qui ont pour but d'assurer l'antisepsie des organes génitaux et dont l'expérience a confirmé l'efficacité. *Recueil de méd. vétérinaire*, 1888, t. V, p. 363.

Si des travaux ultérieurs démontraient que chez la femme certains avortements à répétition dont on ignore aujourd'hui la cause ont une origine microbienne semblable à celle de l'avortement épizootique, le traitement prophylactique consisterait naturellement à détruire dans l'intervalle des grossesses les micro-organismes contenus dans l'utérus.

avortements. On conseillera une *alimentation* tonique et, si l'appétit est faible, on usera des moyens généralement employés pour le stimuler. On devra également éviter les écarts de régime : Horn (1) obtint des résultats favorables par la diète, après six avortements causés par un régime déréglé.

La *constipation*, la *diarrhée* seront combattues par les moyens généralement usités ; mais il faut avoir soin, dans le traitement de la constipation, de ne pas employer les purgatifs drastiques qui peuvent éveiller les contractions utérines.

Les *émotions morales*, les *traumatismes*, les efforts, les fatigues, les voyages, les *professions pénibles* doivent être évités. Si les avortements ont eut lieu à la même époque de chaque grossesse, il est même utile que la femme garde le lit quelques jours avant et quelques jours après l'époque correspondante de la gestation actuelle.

Les bains simples, à plus forte raison les bains de mer, les douches seront proscrits. On recommandera de supprimer les vêtements serrés, les corsets qui peuvent gêner le développement de l'utérus.

Les *rapports sexuels* seront défendus pendant la grossesse aux femmes qui ont déjà avorté. MM. Tarnier et Chantreuil exigent même qu'elles couchent dans une chambre séparée de celle du mari. Nous avons vu que c'est surtout aux époques correspondant à la menstruation que le coït provoque facilement les contractions utérines.

Outre ces règles hygiéniques applicables à toutes les femmes qui ont déjà avorté, le traitement comprend un certain nombre de moyens prophylactiques qui varient avec la cause des fausses couches.

Chez les femmes à *tempérament pléthorique* le danger est surtout grand au moment correspondant à la menstruation. Aussi devront elles garder le lit quelques jours avant et après l'époque présumée des règles. En outre, si la pléthore est

---

(1) *Bemern. und Erfahr.*, 1826.

accentuée, les saignées du bras seront indiquées, particulièrement deuxou trois jours avant le moment où devraient paraître les règles. Hoffmann (1), par des saignées répétées, a pu dans plusieurs cas prévenir des avortements chez des femmes pléthoriques qui avaient déjà eu plusieurs fausses couches. Des émissions sanguines de 200 gr. seront en général suffisantes. Ainsi que le fait remarquer Gendrin (2), il vaut mieux avoir recours à des saignées modérées et répétées qu'à d'abondantes émissions sanguines qui peuvent ne pas être sans danger pour la grossesse. C'est surtout pendant les premiers mois de la gestation, alors que les adhérences de l'œuf à l'utérus sont encore fragiles que la saignée sera utile.

L'influence du *tempérament nerveux* a été quelquefois prévenue par les antispasmodiques et surtout par le bromure de potassium. A. de Beaufort (3) a donné ce médicament à cinq femmes enceintes qui n'avaient pas eu moins de dix avortements ou accouchements prématurés, et chez quatre d'entre elles la grossesse est allée jusqu'au terme normal ; la cinquième avorta, mais beaucoup plus tard que les premières fois et après avoir cessé depuis un mois la médication bromurée. Il conseille de donner le bromure chaque mois 8 jours avant et 8 jours après l'époque présumée des règles, à la dose de 2 à 4 gr. par jour, en augmentant progressivement la dose.

Le *tempérament lymphatique*, la *faiblesse de la constitution*, l'*embonpoint exagéré*, la *chorée*, la *gravelle urinaire*, le *diabète*, les *vers intestinaux*, les *maladies du cœur*, la *chloro-anémie*, la *tuberbulose pulmonaire* réclament un traitement qui ne diffère guère de celui qui est employé contre ces états pathologiques, en l'absence de grossesse. On se conformera toutefois aux règles hygiéniques énumé-

(1) Op. omnia, t. II, sect. I, cap. V ; t. III, p. 185, obs. I, II, V.

(2) *Médecine pratique*, t. II.

(3) *Bulletin gén. de thérap.*, 1870, t. LXXVIII, p. 75.

rées plus haut, qui sont applicables à toute femme sujette aux fausses couches.

Les femmes exposées aux *intoxications saturnine, mercurielle*, à l'absorption du *sulfure de carbone* devront pendant la grossesse se soustraire à cette cause d'avortement, en abandonnant les professions qui occasionnent ces intoxications.

Malgré les opinions diverses qui ont été émises à propos de l'influence du *tabac* sur l'interruption de la grossesse, la même mesure devrait être prise pour les femmes employées dans les manufactures de tabac, car si elles n'avortent pas, leurs enfants succombent très souvent peu de temps après la naissance.

Lorsqu'une femme *syphilitique* est enceinte, le traitement préventif de l'avortement consiste, comme avant la grossesse dans l'emploi du mercure et de l'iodure de potassium. En étudiant l'intoxication hydrargyrique, nous avons vu que contrairement à une opinion ancienne, le mercure administré pendant la grossesse d'une façon rationnelle n'est pas un abortif, qu'au contraire il a permis dans de nombreux cas d'éviter l'expulsion prématurée du produit de la conception.

Si le mari est syphilitique et la femme saine, le traitement antisyphilitique suivi par cette dernière pendant la grossesse peut éviter le retour des accidents que l'infection paternelle a produits dans les grossesses précédentes.

Le traitement de la *fièvre intermittente* est le même qu'en l'absence de grossesse. MM. Petitjean, Waren, Roberts, Monteverdi, etc., ont, il est vrai, attiré l'attention sur les propriétés abortives du sulfate de quinine. Mais, d'autre part, MM. Briquet, Chiara, Campbell, Pasquali, Tarnier, Pinard, Bonfils ont montré que ce médicament ne provoque nullement les contractions utérines. Cependant on devra au début prescrire le sulfate de quinine avec modération, tâter la susceptibilité de l'utérus, car M. Duboué et M. Tarnier ont remarqué, qu'exceptionnellement, il peut déterminer une fausse couche.

Parmi les différents traitements préconisés contre l'*albuminurie* pendant la grossesse, le régime lacté recommandé par M. Tarnier donne les résultats les plus favorables. Sous son influence, l'albumine diminue et même disparaît, et la grossesse suit souvent un cours normal. Une observation de M. Renaut (1), montre que ce régime institué après un avortement et deux accouchements prématurés a permis, lors d'une nouvelle grossesse, la naissance de jumeaux vivants. Mais le régime lacté, font remarquer MM. Tarnier et Budin « est plus efficace pour la mère que pour le fœtus, car il est loin d'empêcher toujours celui-ci de succomber par le fait de l'albuminurie maternelle ».

Dans les cas de *prurit*, on emploiera les moyens généralement préconisés : lotions avec de l'eau chaude, avec de l'eau phéniquée ou une solution de sublimé, etc. M. Charpentier (2), rapporte un cas dans lequel, après un avortement dû au prurit vulvaire, des lotions légèrement astringentes (extrait de saturne) et l'isolement des surfaces permirent dans une nouvelle grossesse de faire disparaître le prurit et d'éviter une fausse couche.

Dans l'*hémophilie*, le fer n'a pas donné de bons résultats à Kehrer. Cet auteur conseille de n'user qu'avec précaution des excitants, tels que le vin, le café qui augmentent la pression sanguine et suffisent à produire des ruptures vasculaires. Un régime non excitant, mais nutritif, le lait, la viande, les œufs, etc., semblent convenir mieux que le régime excitant que l'on ordonne habituellement aux anémiques. Le repos absolu est souvent indiqué. Si malgré ces moyens, des hémorrhagies abondantes ont produit une anémie considérable, loin de chercher à empêcher l'avortement, on devrait, au contraire, suivant le conseil de Kehrer, provoquer la fausse couche pour sauver la mère.

Nous avons vu que le *molimen menstruel* qui se produit

(1) DUMAS. *Loc. cit.*, p. 210.
(2) *Traité d'accouchements*, 1883, t. I, p. 808.

pendant la grossesse n'est en général qu'une cause prédisposante des avortements, qui n'a pas d'influence fâcheuse si toutes les fonctions de l'économie sont bien équilibrées. Mais quelquefois la congestion cataméniale est intense, surtout chez les femmes pléthoriques, nerveuses, chez celles qui sont atteintes d'une affection utérine. Dans ces cas, des précautions spéciales sont nécessaires pour éviter la fausse couche. Le repos au lit pendant l'époque cataméniale, quelques jours avant et après cette époque, doit alors être prescrit. Si ce moyen ne paraît pas suffisant, on devra, en outre, pratiquer chaque mois une petite saignée du bras (200 gr.) quelques jours avant l'époque menstruelle. Une observation de Chailly-Honoré, que nous avons déjà citée, est un exemple des bons effets de ce traitement. Un fait rapporté par MM. Tarnier et Budin (1) prouve également son efficacité.

Pour combattre l'effet du molimen menstruel, le Dr Jenks conseille l'usage du viburnum prunifolium. « Ma manière d'administrer le viburnum, dit-il (1), consiste à faire prendre à la malade d'une demi-cuillerée à thé à une cuillerée entière d'extrait liquide, quatre fois par jour, en commençant le traitement deux jours au moins avant l'époque menstruelle, et en continuant cette médication, non seulement pendant la durée ordinaire de l'écoulement menstruel, mais deux jours de plus que ne dure cet éconlement en dehors de la gravidité. »

Si la femme est atteinte de *métrite*, c'est surtout contre les hémorrhagies utérines qu'on devra instituer un traitement préventif. Le repos au lit pendant huit jours environ à l'époque présumée des règles aura pour effet de diminuer l'influence de la congestion menstruelle. Si malgré ce moyen, cette congestion est intense, des saignées de 150 à 200 gr. seront pratiquées deux à trois jours avant chaque époque menstruelle. Dans certains cas, le repos devra être plus pro-

(1) *Loc. cit.*, p. 503.

(2) LUSK. Science et art. des accouch. trad. DOLÉRIS, p. 362.

longé et même pourra devenir nécessaire pendant la plus grande partie de la grossesse; c'est lorsque chez une femme atteinte de métrite de petits écoulements sanguins se sont produits à plusieurs reprises ou lorsque la femme présente fréquemment des symptômes indiquant un état de congestion de l'utérus.

Le traitement prophylactique de l'avortement chez les femmes atteintes de *tumeurs fibreuses* de l'utérus ne comprendra, d'une façon générale, s'il ne survient aucun accident grave, que des règles d'hygiène de la grossesse. De même que pour la métrite, le repos absolu dans le décubitus horizontal sera observé aux époques correspondant à la menstruation. L'ablation des fibromes pédiculés, implantés sur le col et engagés dans le vagin ne présente le plus souvent pas de difficultés et n'entraîne en général pas d'accidents. Aussi pourra-t-on, chez les femmes qui ont déjà avorté une ou plusieurs fois, entreprendre cette opération pendant la grossesse dans le but d'éviter une nouvelle fausse couche. Ce traitement a été appliqué dans ces conditions par Larcher (1) et par Evans (2); les malades qui avaient avorté antérieurement ont pu, grâce à l'extirpation du polype pratiquée pendant la gestation, accoucher à terme.

La grossesse, au lieu d'évoluer sans accident grave, peut s'accompagner de complications sérieuses, telles qu'hémorrhagies abondantes et symptômes de compression qui font craindre un avortement ou compromettent la vie de la femme. Des opérations moins simples que l'ablation des fibromes pédiculés du col permettront quelquefois de parer à ces deux éventualités, Mayo Robson (3) a enlevé au 7e mois de la grossesse un fibrome implanté largement sur la lèvre antérieure du col et s'accompagnant d'un écoulement pyo-sanguinolent continu ; la malade accoucha à terme. On a même

(1) *Bulletin de la Soc. de méd. de Paris*, 1875, p. 207.

(2) Chahbazian. Thèse. Paris, 1882, p. 95.

(3) *Répertoire univ. d'obst. et de gyn.*, 1890, p 44.

enlevé avec succès pendant la gestation des myômes du corps de l'utérus. M. Routier (1) a réuni 15 cas de myômectomies pendant la grossesse : 7 fois l'accouchement se fit à terme, 3 fois il y eut avortement ; dans les 5 autres cas la malade a succombé des suites de l'opération. Mais la myômectomie ne nous paraît indiquée que si des accidents graves menacent la vie de la malade. Dans ces conditions, elle pourra quelquefois, en sauvant la mère, éviter en même temps un avortement.

Les *ulcérations* légères *du col* ne réclament aucun traitement pendant la gestation. Contre les ulcères fongueux, on prescrira des injections chaudes antiseptiques. Il faudra être très réservé pour les cautérisations qui maintes fois ont occasionné des avortements.

Aux femmes atteintes de *déchirures du col* on recommandera le repos à l'époque présumée des règles, MM. Vulliet (2) et Doléris (3) ont pratiqué pendant la grossesse, la restauration du col de l'utérus : dans le cas de M. Vulliet, la trachélorrhaphie fut faite au deuxième mois d'une grossesse méconnue et l'accouchement eût lieu au terme normal ; dans celui de M. Doléris, l'opération, entreprise dans le but de prévenir un avortement, eut lieu dans le troisième mois de la gestation avec des résultats très favorables.

Lorsqu'une *retroversion utérine* a été la cause de l'expulsion prématurée du fœtus, des précautions sont nécessaires pendant les premiers mois d'une nouvelle grossesse pour éviter ce déplacement ; on recommandera à la femme de ne pas faire d'efforts, d'uriner fréquemmeut, de combattre avec soin la constipation, en un mot, on cherchera à écarter tout ce qui peut favoriser la production de la déviation utérine.

Nous avons vu que la rétroversion peut occasionner l'avortement, soit alors que des phénomènes d'incarcération

---

(1) *Annales de gynécol.*, mars 1860, p. 181.
(2) *Nouv. arch. d'obst. et de gynéc.*, 1886, p. 645.
(3) *Nouv. arch. d'obst. et de gynéc.*, 1877, p. 440.

se sont produits, soit en l'absence de ces phénomènes. On devra, dans les deux cas, dès qu'on aura reconnu la rétroversion, chercher à prévenir la fausse couche, en faisant disparaître la déviation utérine par les moyens généralement usités.

Lorsque la matrice a repris sa situation normale, la femme devra pour éviter une récidive garder le lit, éviter tout effort jusqu'à ce que l'utérus ait acquis un volume qui ne permette plus la rétroversion. Si la malade est indocile, il faudra maintenir la matrice dans sa situation normale au moyen d'un pessaire. On devra dans l'emploi de ce moyen se rappeler que les corps étrangers introduits dans le vagin peuvent déterminer l'avortement, par conséquent on surveillera la femme et on retirera le pessaire si des menaces de fausse couche se manifestent. « Schultze (1) n'a jamais observé d'accidents à la suite du placement d'un pessaire au-dessous d'un utérus gravide... Dans quelques cas, dit-il, j'ai vu des efforts d'expulsion commençants cesser complètement après la reposition et l'application d'un pessaire en 8 ou en traîneau, et la grossesse arriver à son terme normal. »

La réduction de l'utérus est quelquefois impossible. Dans ce cas, si l'état de la femme tend à devenir grave, on devra provoquer l'avortement dans le but de sauver la malade.

Les *déplacements de la matrice en avant* donnent lieu à des considérations semblables à celles qui ont été exposées à propos de la rétroversion utérine.

Lorsqu'une femme atteinte de *prolapsus utérin* devient enceinte, le repos dans la position horizontale jusqu'après le 5e mois de la grossesse suffit quelquefois à éviter les accidents. On tentera la réduction, si celle-ci tarde à se produire spontanément. Hubert de Louvain signale comme moyens de contention de l'utérus les boules d'ouate, les pessaires à air, mais rejette les pessaires solides qui sont une cause d'irritation. D'après Hüter, lorsque le prolapsus est ancien,

---

(1) *Loc. cit.*, p. 323.

la matrice supporte facilement la présence d'un pessaire; aussi conseille-t-il l'emploi de ce moyen si l'utérus est prolabé depuis longtemps.

Le traitement prophylactique de l'avortement dans les grossesses compliquées de *tumeur de l'ovaire* varie suivant les cas. Si c'est l'augmentation de volume de la tumeur qui fait craindre un avortement, on pourra essayer la ponction, et, si c'est nécessaire, la ponction répétée du kyste. Lorsque la ponction ne peut pas être employée (tumeurs solides) ou a été inefficace (kyste pluriloculaire, reproduction rapide du liquide), l'ovariotomie est indiquée. Cette opération devra encore être pratiquée si la tumeur est le siège d'une altération, si elle n'est plus « normale, *physiologique* (ce terme indiquant l'absence de tout travail inflammatoire, de torsion, etc.) » (Professeur A. Herrgott, *Annales de gynécologie*, juin 1886). L'ovariotomie peut aussi prévenir une fausse couche lorsque la tumeur occasionne une rétroversion irréductible de l'utérus, ou empêche la matrice de sortir de l'excavation pelvienne. A Martin (1) a enlevé un kyste dermoïde gros comme les deux poings chez une femme arrivée au troisième mois de la grossesse et chez laquelle la gestation précédente s'était terminée par un avortement au 4e mois. La tumeur empêchait l'utérus de s'élever au-dessus du détroit supérieur et déterminait des symptômes d'avortement. Grâce à l'opération, la femme n'accoucha qu'au terme normal.

Lorsqu'aucune complication ne survient pendant la grossesse, on se bornera à conseiller à la malade de suivre les règles hygiéniques applicables à toute femme prédisposée aux fausses couches.

Les *altérations du placenta* peuvent avoir des causes variées, qu'on devra combattre dès le début de la grossesse, si on a pu les reconnaître.

Mais ce traitement prophylactique sera très souvent insuffisant, et l'on devra y joindre un traitement palliatif, destiné

(1) *Berlin. Klin. Wochensch.*, 1878, p. 224.

à permettre au placenta malade de remplir ses fonctions. Les sels alcalins, le nitrate de potasse, le bicarbonate de soude et surtout le chlorate de potasse ont été préconisés dans ce but par Simpson (1). Pour cet auteur, lorsque les maladies du placenta occasionnent la mort du fœtus, c'est le plus souvent par suite d'une altération dans la fonction respiratoire de cet organe. Or les expériences de Davy et Stephens ont montré qu'un sel alcalin mis au contact de sang veineux lui donne l'apparence artérielle. Simpson attribue cette modification du sang à l'action de l'oxygène dégagé par les sels alcalins. En administrant ces sels à une femme enceinte, on aurait donc un moyen capable d'augmenter la masse d'oxygène du sang maternel et de permettre aux villosités placentaires restées saines de fournir au fœtus une quantité suffisante de cet élément.

Ce traitement a réussi un grand nombre de fois entre les mains de Simpson qui prescrit de préférence le chlorate de potasse à la dose de cinquante centigrammes à un gramme, répétée trois fois par jour. Grimdsale (2), Nuñes de Cintra (3), Lawson Tait, Inglis (4), Mackee (5), etc., ont employé ce sel avec succès après une ou plusieurs fausses couches. Bruce (6) l'a prescrit dans six cas d'avortements à répétition; dans un seul cas il échoua, mais l'avortement fut reculé de trois mois ; dans les autres les enfants vinrent à terme.

Pour la *mort habituelle du fœtus* et les avortements dont la *cause* est *inconnue*, les indications thérapeutiques pendant la grossesse diffèrent peu de celles qui existent avant la conception.

Lorsque la cause des fausses couches est inconnue, on devra non seulement veiller à l'exécution des prescriptions applicables à toute femme sujette aux fausses couches, mais

(1) Clinique obst. et gynéc. Trad. Chantreuil, 1874, p. 123 à 127.
(2) *Bulletin de thérapeutique*, 1857, t. LIII, p. 236.
(3) *Union médicale*, 1867, t. I, p. 495.
(4) *Arch. de tocologie*, 1885, p. 886.
(5) *Arch. de tocologie*, 1885, p. 886.
(6) *Arch. de tocologie*, 1886, p. 886.

exiger encore le repos au lit aux moments correspondant aux époques menstruelles. Quelquefois le repos devra être prolongé pendant plusieurs mois ; la grossesse ne pourra même souvent être menée à terme que grâce au séjour au lit pendant toute la gestation. MM. Tarnier et Budin (1) rapportent une observation qui démontre ce fait.

Nous terminerons notre travail en faisant remarquer combien est grand le nombre des causes d'avortements à répétition. Mais si ces causes sont nombreuses, elles ne sont pas outes d'égale importance. Deux surtout méritent d'attirer l'attention de l'accoucheur ; les affections utérines et, parmi elles, en particulier, la rétroversion, en raison de l'enclavement utérin qui en est la conséquence, alors que cet état pathologique est méconnu. L'autre cause est la syphilis tant maternelle que paternelle qui amène, par l'infection de l'œuf, des états pathologiques incompatibles avec le développement fœtal. La syphilis paternelle principalement, parce qu'elle est souvent ignorée, devra être présente à l'esprit du praticien lorsqu'il se trouvera en présence d'avortements répétés et qu'il n'en trouvera pas la cause chez la mère. Aussi les frictions mercurielles appliquées au père seront-elles souvent le meilleur traitement des avortements à répétition de cause inconnue

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

COMPTE RENDU DU 4e CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE GYNÉCOLOGIE (2), TENU A BONN, DU 21 AU 23 MAI 1891 (1).

(*Suite*).

Blennorrhagie buccale chez le nouveau-né.

M. Dohrn (Kœnigsberg). — Permettez-moi de vous faire une communication sur quelques cas de blennorrhagie buccale chez des nouveau-nés observés tout récemment à ma clinique. Le pre-

(1) *Loc. cit.*, p. 502.
(2) V. *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, juin 1891, p. 489.

mier cas s'est produit en janvier dernier, chez un enfant venu à terme et âgé de 8 jours. On voyait aux bords alvéolaires, sur le dos de la langue et au voile du palais, des places érodées et couvertes d'une sorte d'enduit gris jaunâtre. Les parties malades avaient, par leur situation et leur couleur particulière, attiré l'attention du Dr Rosinski, mon assistant. Comme la mère souffrait d'une gonorrhée bien manifeste et que l'enfant était atteint en même temps d'une ophtalmie blennorrhagique, M. Rosinski eut l'idée que la lésion buccale pourrait avoir aussi la même origine. Afin d'avoir une notion bien nette de la marche de la maladie, il fit interrompre tout traitement local. Les parties malades furent observées chaque jour et représentées en images coloriées que je vous soumets. En même temps, des lambeaux détachés de la muqueuse malade furent soumis à l'examen microscopique ; on trouve ainsi des gonocoques vérifiés par la culture. Quatre semaines après, les parties érodées étaient cicatrisées et les dernières traces de la maladie avaient disparu.

Dans le cours du printemps, quatre cas nouveaux se présentèrent. Chez ces enfants, qui venaient aussi de mères atteintes de gonorrhée, le résultat fut le même que précédemment.

Il est hors de doute que ces lésions ont été déjà souvent observées, mais la preuve de leur origine gonorrhéique semble avoir été donnée ici pour la première fois. On croyait naguère que la surface intérieure de la bouche était impropre à recevoir le virus gonorrhoïque. Pour les nouveau-nés l'assertion n'est certainement pas exacte. Chez eux en effet les gonocoques peuvent pénétrer profondément entre les cellules aux endroits de la muqueuse qui, par suite d'une lésion mécanique, sont exposés de préférence à perdre les cellules épithéliales superficielles, et cette pénétration des gonocoques peut entretenir une lente desquamation des parties atteintes.

Rôle étiologique de l'infection gonorrhéique dans les affections génitales graves chez la femme.

M. Wertheim (Prague). — Tant qu'on a admis, avec Bumm, que le gonocoque de Neisser ne peut vivre que sur l'épithélium cylindrique, on a douté, malgré les faits cliniques, de la péritonite blennorrhagique. D'après Bumm, le pus blennorrhagique tombant dans le péritoine s'y enkyste comme un corps étranger, mais ne

provoque pas d'inflammation. Pour qu'il y ait péritonite, il faut qu'au gonocoque s'ajoutent des microbes pyogènes ordinaires. Mais les recherches de Touton, Dinkler et Jadassohn ont prouvé que le gonocoque peut pénétrer dans les épithéliums pavimenteux, Menge a plusieurs fois trouvé ce microbe dans le pus d'arthrites blennorrhagiques. Cela étant, il pense que la péritonite à gonocoques devient très admissible ; on objecte l'absence ordinaire de réaction après les laparotomies où l'on rompt dans le péritoine une trompe suppurée, mais cela peut très bien tenir soit à l'emploi des antiseptiques, soit à la virulence atténuée dans ces pus depuis très longtemps collectés.

Pour juger la question expérimentalement, on redoutait un obstacle : le péritoine des animaux ne serait-il pas réfractaire au gonocoque aussi bien que leurs muqueuses ? mais ce n'est là qu'une hypothèse, et je me suis décidé à voir ce qu'elle valait.

D'abord j'ai fait des cultures et des inoculations à l'homme qui ont absolument confirmé ce que nous a appris Bumm sur le rôle du gonocoque dans la genèse de la blennorrhagie, quoi qu'on en ait dit dans ces derniers temps. J'ai constaté que la culture sur plaques est facile, sur le sérum de sang humain additionné d'agar ; ces cultures injectées dans l'urèthre de l'homme y causent la blennorrhagie ; au bout de 4 à 5 semaines encore on peut les ensemencer sur du sérum frais et elles se développent si on ne les a pas laissées sécher ; elles sont au bout de ce temps encore virulentes pour l'urèthre de l'homme.

J'ai ensuite étudié bactériologiquement le pus des pyosalpingites que j'ai rencontrées : toujours j'y ai trouvé des gonocoques, parfois rares il est vrai, et la méthode des cultures est à cet égard bien plus sensible que celle des colorations. Sur six cas, une fois l'examen histologique ne m'a montré aucun microbe dans le pus, et l'ensemencement m'a donné sur une plaque une douzaine de colonies, vérifiées par l'inoculation à l'urèthre. Donc, le pus des pyosalpingites contient des gonocoques encore virulents. La preuve par les cultures et les inoculations est irréfutable, tandis que par l'examen histologique et la méthode de Gram on peut conserver des doutes sur la réalité de la salpingite blennorrhagique.

Cela étant, dans quelles conditions le gonocoque peut-il provoquer une péritonite ? Ici il faut se souvenir que les microbes pyo-

gènes ordinaires ne sont capables d'infecter le péritoine que dans les deux conditions suivantes : ou bien, par des irritations mécaniques ou chimiques, le pouvoir absorbant de la séreuse est diminué ; ou bien avec les microbes on injecte une quantité suffisante de milieu de culture. En outre, la susceptibilité de divers animaux varie. La souris blanche est ce qui convient le mieux, puis le cobaye, puis le lapin et le rat, enfin le chien. J'ai opéré en introduisant dans le péritoine une culture pure accompagnée d'un morceau gros comme une lentille du milieu de culture. Déjà au bout de 24 heures, il y a manifestement une péritonite séro-purulente, ayant son maximum autour du petit fragment de milieu de culture; et l'examen histologipue montre des gonocoques en abondance infiltrant le péritoine et ses cellules. Mais à partir de ce moment les gonocoques deviennent vite difficiles à colorer : il est vrai que par l'ensemencement on les met encore en évidence. Si on laisse l'infection évoluer, elle ne cause pas la mort, mais se termine simplement par adhérences. On peut même infecter le péritoine à l'aide d'une culture vieille de 10 jours, ne contenant plus que des gonocoques difficiles à colorer.

Donc la péritonite à gonocoques est possible chez certains animaux. Ce fait est important, car il prouve nettement que le gonocoque peut vivre sur un épithélium pavimenteux et de là se propager dans les espaces conjonctifs de la même manière que les autres microbes pyogènes. Je sais bien qu'en général il ne faut pas trop précipitamment appliquer à l'homme les résultats obtenus expérimentalement sur les animaux ; mais dans l'espèce il faut remarquer que l'homme est, si l'on en juge au moins par ses muqueuses, l'animal le plus sensible au gonocoque.

Cela étant, j'admets la fréquence, démontrée, des infections mixtes, dans l'étiologie des diverses infections péri-utérines, mais je prétends que cette infection mixte n'est pas nécessaire ; le gonocoque non seulement peut faire suppurer le péritoine ; mais même il est capable de pénétrer dans la profondeur des tissus. Dans 16 pyosalpingites, dont 10 examinées au microscope et 6 par les cultures, j'ai trouvé le gonocoque seul : et qu'on n'aille pas dire que seul il a survécu tandis que disparaissaient les microbes pyogènes, car les expériences de Menge ont bien prouvé que ces derniers ont une résistance bien supérieure à la sienne.

L'opinion de Bumm, de Zweifel est que le gonocoque prépare

le terrain à l'évolution des microbes pyogènes. J'ai donc étudié cette question en ensemençant du streptocoque ou du staphylocoque sur une culture de gonocoque stérilisée par la chaleur (55° à 60°) au 15e jour. Or j'ai plutôt constaté une diminution dans l'aptitude du terrain à cultiver ces microbes.

Voilà pour les salpingites. Restait la question des abcès ovariques, avec participation du stroma. Or, dans deux abcès de l'ovaire, j'ai trouvé le gonocoque à l'état de pureté. Dans les deux cas, il y avait salpingite, mais il n'y avait aucun contact direct entre l'ovaire et la poche tubaire, en sorte que j'admets l'infection par évolution à travers les tissus.

Le gonocoque n'est d'ailleurs pas la seule cause des abcès ovariques : après les accidents puerpéraux, c'est le streptocoque qui est en jeu, comme j'ai pu le constater 3 fois.

M. Bumm (Wurzburg). — Des opinions très variées ont été émises sur l'importance que l'on doit attribuer à l'infection gonorrhéique dans la genèse des affections génitales graves chez la femme. Jusqu'en 1870 on ne trouvait pas grand'chose sur la blennorrhagie dans les traités de gynécologie. Le travail bien connu de Noeggerath a le mérite d'avoir mis en pleine lumière cette notion étiologique négligée jusqu'alors. Depuis, cette étude a de plus en plus attiré l'attention des gynécologues, mais elle n'a pu devenir scientifique que depuis la découverte du gonocoque par Neisser.

Cette découverte permit d'abord d'établir d'une façon absolument certaine la spécificité de la maladie, spécificité jusqu'alors si controversée, et donna ensuite le moyen de diagnostiquer avec sûreté et dans tous les cas l'infection gonorrhéique chez la femme, ce qui jusqu'alors était impossible.

Le rapporteur a, dans le cours de plus de dix années, et toujours sous le contrôle du microscope, étudié l'infection gonorrhéique chez la femme, et voici le résultat de ses observations :

1° Chez la femme comme chez l'homme, la gonorrhée est une affection superficielle de la muqueuse. Les gonocoques pénètrent dans l'épithélium jusqu'au tissu conjonctif, mais ils ne pénètrent pas dans ce dernier. L'épithélium qui, dès le début, est emporté par une forte suppuration, se régénère rapidement et devient plus épais et pavimenteux. A partir de ce moment, la pénétration des gonocoques s'arrête en général : ils ne pullulent plus que dans les sécrétions, où ils peuvent, après cela, rester présents pendant des mois et des années.

2° Les gonocoques n'ont rien à voir dans les processus septiques ; ils peuvent à la vérité produire de la suppuration sur les muqueuses, mais ils périssent dans le tissu conjonctif. Quand il y a des phénomènes septiques, il s'agit d'infections mixtes. Si les germes pyogènes se trouvent si fréquemment dans le pus gonorrhéique, c'est que la sécrétion génitale, altérée par la maladie, rend possible pour ces microbes une colonisation ayant son origine au dehors. Mais M. Bumm n'a pas réussi avec la même facilité que M. Wertheim à cultiver le gonocoque dans le pus des pyosalpingites et il ne croit pas beaucoup au rôle étiologique si fréquent de ce micro-organisme dans cette lésion.

3° L'urèthre et le col utérin sont le siège de la gonorrhée chez la femme. L'infection du col ne cause des douleurs que dans le commencement ; une fois devenue chronique, elle peut durer des années sans malaise. Des phénomènes plus graves ne se manifestent que lorsque l'infection passe de là dans la cavité du corps, puis dans les trompes. Mais les gonocoques ne sont pas doués de mouvements propres et ne peuvent s'étendre que par segmentation et sur de courtes étendues. Quand ils se répandent sur de grandes étendues, cela exige un entraînement mécanique, par les sécrétions. Dans les conditions normales, l'isthme de l'utérus s'oppose à l'entrée de la sécrétion cervicale dans la cavité du corps, et par là aussi il empêche l'importation de l'infection gonorrhéique dans cette cavité. Parmi les influences qui peuvent favoriser cette propagation, il faut compter en première ligne la menstruation. Des mouvements violents pendant la menstruation peuvent occasionner un reflux du courant sanguin et amener ainsi les germes dans le corps. Il faut tenir compte en seconde ligne d'influences mécaniques telles que le coït, l'emploi de l'hystéromètre, le traitemet intra-utérin. La puerpéralité ne vient qu'en troisième ligne, et en tout cas, ce qui va avec l'opinion précédemment émise sur l'incapacité du gonocoque à causer des accidents septiques. M. Bumm ne croit pas que ce microbe puisse provoquer des accidents puerpéraux graves.

Quand les gonocoques ont atteint la cavité du corps, il doit se produire, là aussi, pendant la menstruation, par exemple, des conditions mécaniques qui font que les orifices tubaires peuvent être franchis à leur tour.

Finalement, le rapporteur examine avec quelle fréquence la

cavité du corps et les trompes sont ainsi infectées et si cette infection amène des complications graves et de longue durée.

Pour trancher cette question, les renseignements fournis par les cliniques de gynécologie ne sont pas décisifs, parce que les femmes atteintes de simple gonorrhée cervicale, ne consultent généralement pas aux cliniques, tandis que celles qui sont atteintes d'une infection gonorrhéique grave se présentent naturellement presque toutes.

Pour obtenir des chiffres exacts, tous les cas — graves ou bénins — doivent être observés en grand nombre pendant un temps suffisant, en ayant soin de bien noter les complications.

Si l'on agit ainsi, on s'apercevra que l'importance attribuée à l'infection blennorrhagique dans la genèse des affections génitales graves chez la femme est maintenant exagérée, comme elle avait été autrefois trop négligée.

Dans 53 cas d'infection gonorrhéique que le rapporteur a pu observer ou dès leur origine, ou très peu de temps après leur début, en continuant ses observations au moins pendant 5 mois, il a trouvé le col infecté dans 75 0/0 des cas. Dans 15 0/0 seulement des cas, il y avait infection de la cavité du corps, et il n'y eut que 2 cas, c'est-à-dire 3.5 0/0, de gonorrhée de la trompe.

Prophylaxie de la blennorrhagie.

M. Saenger (Leipzig). — La prophylaxie de la blennorrhagie doit marcher de pair avec celle de la syphilis, et il serait à souhaiter qu'on étudiât cette question en Allemagne comme l'a fait il y a 2 ans, l'Académie de médecine de Paris. D'une manière générale il faudrait :

1° Surveiller avec soin les prostituées ; garder longtemps en traitement celles qui sont infectées et après cela les obliger à des injections au sublimé à 1 0/00, 2 fois par jour, lorsqu'elles ne sont pas enceintes.

2° Pour l'homme infecté, faire un lavage uréthral au sublimé après le coït suspect ; traiter longuement la maladie déclarée et défendre le mariage tant qu'il en reste quelque chose.

3° Pour les enfants, savoir que dans les classes pauvres la maladie est souvent communiquée par la mère. Isoler sévèrement les enfants, à l'hôpital surtout.

4° Lorsque chez la femme la maladie existe, on peut l'empêcher

de produire des lésions profondes en la combattant énergiquement.

a. Si la femme n'est pas enceinte, faire de grands lavages au sublimé, abraser les végétations en une séance, extirper les glandes de Bartholin suppurées. S'il y a endométrite, faire des lavages intra-utérins au sublimé, en dilatant au besoin le col après antisepsie vaginale soignée. De la sorte, on évitera en général les lésions nécessitant une laparotomie.

b. Si la femme est enceinte, éviter le sublimé, qui peut être absorbé par la muqueuse vaginale. On préférera donc le chlorure de zinc ou la créoline. C'est de la sorte qu'on peut prévenir pour l'enfant l'ophtalmie purulente, pour la mère les complications locales ou générales de la fièvre puerpérale par infection mixte.

De l'endométrite puerpérale.

M. Bumm (Würzburg) rend compte des recherches histologiques qu'il a faites dans ces dernières années sur l'endométrite puerpérale.

Dans la majorité des cas de fièvre puerpérale maligne, la muqueuse utérine est le point d'inoculation. Il est donc important, non seulement au point de vue théorique, mais encore au point de vue pratique, d'être exactement renseigné sur les accidents les plus infimes qui précèdent l'infection de cette muqueuse. En effet, dans le cas de fièvre puerpérale maligne, c'est en s'attaquant à la métrite qu'on a le plus de chances de succès thérapeutique ; or mieux nous connaîtrons les processus infectieux de l'endométrium, et mieux nous pourrons appliquer notre traitement d'une manière logique.

L'exploration microscopo-bactériologique prouve (ce que depuis longtemps l'expérience clinique avait montré) qu'on doit distinguer deux sortes d'endométrite puerpérale : la *putride* et la *septique*. Toutes deux se présentent parfois isolément, mais elles peuvent aussi s'associer.

D'après l'état actuel de la science, nous devons appeler endométrite *putride* celle où (avec ou sans rétention de restes de l'œuf), grâce à des germes de putréfaction, il se produit une décomposition plus ou moins profonde de la muqueuse.

L'endométrite *septique* se produit quand les germes de l'infection septique traumatique, c'est-à-dire avant tout les streptocoques

et ensuite les staphylocoques pyogènes, produisent leur effet, sur et dans la muqueuse

M. Bumm décrit ensuite l'état de la muqueuse dans le cas d'endométrite. Il a constaté au microscope une nécrose de couches superficielles, infiltrées de nombreux micro-organismes; au delà est une couche réactionnelle formée de tissu de granulations. Dans les cas plus graves, cette couche fait défaut et les microbes pénètrent entre les fibres musculaires, et l'on pourrait parler d'un érysipèle malin interne. Dans un cas foudroyant, les streptocoques traversèrent complètement la paroi de l'utérus et produisirent une péritonite généralisée. L'infection du péritoine se produisit toujours par contiguïté avec la paroi utérine traversée par les microbes. Les trompes étaient toujours exemptes de germes dans leur partie interne. Dans deux autres cas moins aigus, les microbes suivirent les voies lymphatiques, qui furent complètement oblitérées par des thromboses riches en germes infectieux. La couche réactionnelle était peu développée.

Dans la forme thrombotique ou veineuse, il se produit bien une endométrite localisée septique, seulement le caillot veineux, en tant que tissu non organisé, fournit aux microbes en même temps qu'un terrain favorable, la voie par laquelle ils peuvent se répandre ensuite dans l'organisme.

M. Bumm expose ensuite la raison pour laquelle, les micro-organismes étant les mêmes — c'est-à-dire toujours le streptocoque — dans l'endométrium, le cours de l'infection se passe de façons si différentes. En effet, tantôt les microbes restent localisés dans les couches superficielles de la muqueuse, tantôt ils pénètrent sans cesse à travers la paroi de l'utérus; dans d'autres cas, comme il vient d'être dit, ils se servent pour s'étendre plus loin, tantôt des voies lymphatiques et tantôt des voies sanguines.

La raison principale de ces particularités se trouve dans la différence de virulence des microbes; plus ils sont virulents, moins la réaction locale sur la muqueuse est grande, par rapport à l'infection profonde et générale, conformément à la loi générale établie par Bouchard sur la lésion locale et l'infection générale.

En seconde ligne, les conditions locales exercent une influence sur la propagation des germes. La preuve la plus claire de l'influence de ces conditions nous est donnée dans la forme thrombotique de la fièvre puerpérale. Là en effet il y a bien une endométrite locali-

sée parfaitement limitée, et c'est uniquement la présence fortuite de thrombus veineux là où était le placenta qui favorise l'extension des germes.

De ces observations, le rapporteur tire des conséquences pour le traitement local de l'endométrite dans le cas de fièvre puerpérale. Il croit que c'est seulement au début de l'infection qu'il y a quelque chose à attendre de la désinfection utérine et au total l'efficacité est médiocre. En cas d'infection peu virulente, la guérison se produit souvent sans traitement local. En cas d'infection virulente, la désinfection locale vient la plupart du temps trop tard, car les microbes ont déjà profondément pénétré dans le parenchyme de l'utérus. Essayer en ce cas d'un lavage intra-utérin produirait le même effet, comme le dit Lusk avec raison, que de vouloir laver la surface d'un érysipèle avec des solutions d'acide phénique ou de sublimé. Peut-être obtiendrait-on de meilleurs résultats qu'avec les remèdes désinfectants, si l'on s'attachait à rendre l'utérus réfractaire le plus possible à la propagation des germes, et si en particulier, en assurant une bonne et rapide contraction de l'utérus, on obtenait l'oblitération des vaisseaux, pour éviter les thromboses si favorables à la propagation de l'infection.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 14 *mai* 1891.

BONNAIRE. **Des inhalations d'oxygène chez les nouveau-nés.** — L'auteur a eu recours aux inhalations d'oxygène chez le nouveau-né contre des états divers, très graves (nouveau-né qui présentait tous les symptômes extérieurs d'une maladie bleue ; nouveau-né atteint d'un processus infectieux caractérisé par 2 périodes, l'une de décoloration des téguments, avec pâleur livide ; l'autre d'ictère bronzé avec hématurie ; nouveau-né atteint de gastro-entérite grave ; enfin, dans un cas de gastrite aiguë). Dans plusieurs de ces observations, l'action des inhalations d'oxygène a été nettement favorable. Aussi, tout en reconnaissant l'expérimentation relativement limitée de ce nouvel agent thérapeutique, l'auteur formule-t-il les règles de son emploi comme il suit : 1° chaque fois qu'il existe une hématose pulmonaire insuffisante, soit par

obstruction des voies respiratoires, soit par défaut d'excitation du centre nerveux respiratoire. La mort apparente du nouveau-né constitue donc la première indication. Mais il ne s'agit pas de la période d'apnée pendant laquelle le thorax de l'enfant demeure inerte alors que son cœur continue à battre. On a mieux à faire qu'à perdre du temps à préparer les appareils contenant l'oxygène et d'ailleurs, ce ne serait pas chose aisée, que d'introduire directement ce gaz dans les voies respiratoires, alors que le soufflet thoracique ne fonctionne pas spontanément.

C'est pour lutter contre les états secondaires de faiblesse respiratoire et d'asthénie générale que l'emploi de l'oxygène est indiqué : il est journellement mis en application en ces circonstances par M. Tarnier.

2° Les troubles de circulation interstitielle dont le sclérème des nouveau-nés prématurés est la plus commune des manifestations. (Contre ces accidents, le séjour à la couveuse suffit en général. Les inhalations oxygénées ne seront employées que dans les cas particulièrement graves et à titre d'appoint.)

3° Les altérations du sang d'origine infectieuse (maladie bronzée hématurique, p. ex.).

4° Les faits cliniques où il survient de l'hypothermie. L'athrepsie, sous sa forme aiguë et chronique, constitue le type de ce genre d'affections. A cette maladie semble répondre l'indication la plus commune des inhalations d'oxygène.

Discussion. — GUÉNIOT, estime qu'il serait utile de préciser davantage les conditions dans lesquelles les inhalations oxygénées sont favorables. Il est des enfants qui succombent à la suite d'une insufflation prolongée ; à l'autopsie, on trouve de véritables lésions d'hémorrhagie en nappe sous-pleurale. Quelle utilité pourraient avoir les inhalations en pareils cas. BONNAIRE. Ce sont là des lésions constatables seulement après la mort réelle. Quoi qu'il en soit, les inhalations, même dans ces cas particuliers, ne pourraient être préjudiciables. Il importe, d'une manière générale, de considérer le cas comme favorable et de chercher à bénéficier du mode de traitement préconisé.

POLAILLON. **Observation d'hermaphrodisme.** — Il s'agit d'un sujet qui fut envoyé à l'auteur pour qu'il lui créât un vagin artificiel. Agé de 25 ans, ce sujet présentait des organes génitaux externes

féminins (grandes, petites lèvres, clitoris) ; mais le vagin n'était représenté que par une dépression en doigt de gant de 1-2 cent. de profondeur.

Entre la vessie et le rectum pas de rudiment appréciable d'utérus ; mais, au niveau des orifices inguinaux externes, deux saillies qu'on prit pour des ovaires herniés.

Le sujet, malgré la disposition anormale des organes génitaux, s'étant adonné à la prostitution, la dépression signalée plus haut se transforma progressivement en un canal mesurant de 5 à 6 cent. 2 ans après l'examen, le sujet ayant succombé, l'autopsie démontra qu'en réalité, il n'y avait pas le moindre rudiment d'utérus, pas le moindre vestige de trompes ni d'ovaires, et que les tumeurs inguinales étaient des testicules, mais atrophiés, comme sclérosés, sans activité physiologique, etc. En somme, il s'agissait d'un hermaphrodite faux, de la variété androgyne.

Discussion : Pajot estime au contraire, vu la présence d'organes génitaux externes nettement féminins, et d'organes internes certainement masculins, qu'il s'agit d'un véritable hermaphrodisme. Polaillon objecte que le sexe se juge d'après l'existence d'ovaires ou de testicules ; que d'ailleurs l'hermaphrodite vrai n'est point admis scientifiquement. Jouin se rallie à l'opinion de Pajot, et se propose de reprendre la question prochainement.

P. Petit. 1) **Cas de pseudo-hermaphrodisme périnéo-scrotal.**

2) **Varicocèle de l'ovaire.** — Après une revue rapide où l'étiologie, encore fort discutée de cet état pathologique peu connue (multiparité, défaut de soutien des plexus veineux pelviens, insuffisance et rareté des valvules, congestion mécanique par compression due à des tumeurs, ou active sous l'influence de phlegmasies diverses, etc.), l'auteur relate un cas fort intéressant de varicocèle ovarique, ayant abouti à une *hydropisie du stroma avec formation de pseudo-kystes*. Ces altérations anatomiques ont été constatées à la nécropsie d'une femme, Vpare, la dernière grossesse datant de 5 ans, qui fut laparotomisée pour un état grave, caractérisé par des métrorrhagies presque continues avec diminution extrêmement marquée des forces. En ce qui concerne le pronostic de ces altérations, auxquelles l'auteur incline à accorder, par rapport à la stérilité des femmes obèses et variqueuses, une influence étiologique marquée, l'auteur rappelle qu'elles peuvent être le point de départ

d'une hémorrhagie parfois mortelle (obs. de Chaussier), d'une hématocèle.

Au point de vue de la curabilité, il importerait de pouvoir s'attaquer à la cause locale ou générale, dont la connaissance fait souvent défaut. Comme traitement, d'abord un traitement médical (injections vaginales et surtout rectales, chaudes, pratiquées avec méthode; poudre de capsicum annuum, teinture d'hamamelis virginica ou de chardon-marie, cure thermale, hygiène sévère dirigée contre l'arthritisme, l'obésité).

Discussion : Doléris après avoir énuméré les causes de congestion active ou passive des vaisseaux de l'ovaire (maladies du cœur, du foie, des poumons, grossesse, tumeurs) insiste sur la distinction histologique qu'il convient de faire entre les ovaires kystiques et les ovaires infiltrés consécutivement au varicocèle, distinction que l'auteur a, du reste, minutieusement faite dans son intéressant travail. Budin et Pajot sont d'avis que, pour le cas actuel, la cause étiologique la plus vraisemblable, c'est la multiparité, Petit par la raison que les accidents ne sont pas apparus durant la période puerpérale, incline davantage à incriminer une cause moins banale, p. ex. des poussées de phlébite circonscrites.

Doléris. Rapport sur un travail de M. Gendron, de la **suture primitive du périnée.**

Doléris. **Procédé nouveau de colpo-périnéorrhaphie dans les déchirures complètes du périnée et de la cloison recto-vaginale.** — L'auteur a imaginé ce procédé pour un cas de rupture du périnée intéressant la totalité du sphincter et presque la totalité de la cloison. Cette déchirure avait déjà été, ailleurs, l'objet de tentatives de restauration, qui n'avaient eu d'autre résultat que de rendre la situation encore plus difficile. Cette fois, le chirurgien se proposa d'utiliser autant que possible tous les tissus restants. A cet effet, et c'est là ce qui caractérise le nouveau procédé, il disséqua de chaque côté des lèvres de la déchirure, depuis l'angle de la déchirure dans le vagin, jusqu'aux points qui par leur rapprochement devaient constituer le nouvel anus, une bandelette de 5 à 8 millim. qu'il se garda de détacher et qui fut laissée à dessein adhérente à la partie interne des lèvres de la déchirure. Les deux bandelettes étant ensuite rabattues vers la partie mé-

diane, furent réunies par une suture continue au catgut, à deux étages. De cette manière, la cloison recto-vaginale se trouva reconstituée. Cela fait, un nouvel avivement fut pratiqué de chaque côté de la ligne de suture avec la forme et la disposition de la colpopérinéorrhaphie, par le procédé ordinaire de Simon-Hegar. Résultat excellent.

LEFOUR. **Nouveau procédé de contention des tiges intra-utérines.** — Il consiste dans l'application de tiges d'aluminium, maintenues dans le canal cervico-utérin, par un fil qui, traversant la paroi cervicale gauche, la tige, la paroi cervicale utérine droite, est noué en avant de l'orifice externe. La tige oscille autour du crin intra-cervical comme axe, et suit l'utérus dans ses moindres mouvements. Suivent 5 observations, dans lesquelle ce procédé a donné à l'auteur de très bons résultats.

R. L.

REVUE ANALYTIQUE

I. — SUITES ÉLOIGNÉES DE L'ABLATION DE L'UTÉRUS ET DES ANNEXES

Modifications physiques et psychiques observées dans l'organisme féminin à la suite de la perte des ovaires d'une part et de la perte de l'utérus d'autre part (Köperliche und geistige Veranderungen im weiblichen Körper nach künstlichen Verluste inerseits und des uterus andererseits). GLŒVECKE. *Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd 35. Hft 1. p. 1.

1) *Effets de l'extirpation des ovaires ;* les conclusions de l'auteur reposent sur 44 cas, dont 38 castrations et 6 ovariotomies bilatérales.

La menstruation fut définitivement supprimée dans 88 p. 0/0 des cas, dans 12 0/0 elle devint plus rare et moins abondante. Cette suppression des règles ne donna que rarement lieu à des hémorrhagies vicariennes, qui d'ailleurs furent tellement insignifiantes, qu'il est impossible de leur accorder une importance pratique quelconque. Par contre, dans la moitié des cas, les phénomènes qui constituent le molimen menstruel se produisirent à

l'époque de la menstruation en date et absente. D'une manière générale, on observa à la suite de la castration tous les malaises qui se montrent habituellement au moment de la ménopause : bouffées de chaleur, sueurs, céphalalgies, éblouissements, leucorrhée, etc.

Il survint également une atrophie générale des organes génitaux restants, vagin et utérus. L'utérus avant la castration était-il hypertrophié soit par des myômes, soit par de la métrite chronique, il revint, après l'opération, à son volume normal ou se réduisit même à un volume moindre. En ce qui concerne la nutrition générale, elle peut être très heureusement influencée par l'opération ; dans 42 0/0 des cas il y eut une augmentation de poids plus ou moins marquée. Dans la majorité des cas, l'opération amena une diminution, parfois même une abolition complète de l'appétit sexuel. Enfin, elle s'accompagna dans certains cas de troubles psychiques remarquablement accusés, le plus souvent d'une dépression mentale, allant parfois jusqu'à la mélancolie, et ayant dégénéré trois fois en de véritables psychoses. *La castration amène une ménopause artificielle, qui, à tous les points de vue, ressemble à la ménopause naturelle ; ce qui revient à dire que la femme arrive prématurément, à la faveur de cette opération, à l'âge critique.*

2) *Effets de l'extirpation de l'utérus* ; l'auteur base ses conclusions sur 14 cas d'extirpation totale de l'utérus avec conservation des ovaires.

Après l'extirpation de l'utérus, la suppression des menstrues se produit toujours, et sans jamais donner lieu à des hémorrhagies vicariennes ayant une importance pratique quelconque. Par contre, dans les premiers temps qui suivent l'opération, à la date des périodes cataméniales absentes, tous les symptômes du molimen menstruel apparaissent (principalement douleurs et malaises dans le bas-ventre).

En quelques cas, on observa aussi des douleurs durant les périodes intercalaires, douleurs qui avaient sans doute pour origine une lésion des ovaires produite au cours de l'intervention. L'extirpation de l'utérus ne parut avoir aucune influence sur les organes génitaux restants, vulve, restes du vagin et, suivant toute apparence, ovaires aussi normaux. En tout cas, il paraît certain que la fonction ovarique persiste intacte. jusqu'à sa cessation naturelle

à l'époque de la ménopause. En ce qui concerne la santé générale, elle fut heureusement influencée par l'opération ; les sujets reprirent très rapidement l'embonpoint qu'ils avaient perdu du fait de la maladie utérine. La perte de l'utérus ne parut avoir aucune influence sur les désirs sexuels. Dans quelques cas cependant, il semble que les sensations voluptueuses durant le coït fussent émoussées. En quelques cas isolés, il y eut même perte absolue de l'instinct sexuel, mais cela parut tenir à certaines circonstances, telles que récidive, âge avancé etc. Relativement à l'état mental, l'hystérectomie n'eut aucune influence fâcheuse dans la moitié de tous les cas. Mais dans un bon tiers des cas, il se manifesta à la suite de l'opération une dépression mentale, tantôt légère, tantôt forte et qui, non rarement, avec le concours de circonstances déterminantes, aboutit à de véritables psychoses.

En résumé, la castration porte à l'organisme de la femme une atteinte beaucoup plus profonde que l'hystérectomie totale; elle paraît avoir beaucoup plus que celle-ci les caractères d'une réelle mutilation.

R. L.

Phénomènes cliniques observés chez les femmes après l'ablation des différentes parties des organes génitaux (ovaires, utérus), par J.-N. GRAMMATIKATI. *Vratch*, 1891, nº 1.

Les femmes castrées présentent deux ordres de phénomènes morbides, les uns précoces périodiques qui ne sont autres que les molimena menstrualia accompagnés d'accidents nerveux plus ou moins intenses; les autres ressemblent de tout point aux phénomènes de la ménopause et sont, en effet, les résultats d'une modification profonde de la nutrition, telle qu'elle se produit dans la vieillesse : troubles vasomoteurs, obésité par défaut d'oxydation; pas plus que dans l'âge avancé cette obésité n'est un signe de santé florissante ainsi que l'on a eu tendance à le dire.

Les études de S.-V. Reprew sur les échanges gazeux chez les femmes ont contribué à bien établir ce point.

Chez les femmes qui ont subi l'hystérectomie totale les accidents périodiques se montrent avec une intensité encore plus grande, surtout chez les femmes jeunes, en revanche on n'observe qu'exceptionnellement les troubles de la nutrition générale qui caractérisent l'état des castrées. Cette différence s'explique si l'on songe

qu'après l'hytérectomie les ovaires continuent à fonctionner et que l'on y trouve des vésicules de de Graaf en voie d'évolution jusqu'à la déhiscence (Grammatikati, *Vratch*, 1888) des années après la mutilation de l'appareil génital. Si l'opinion courante est que les suites de la castration sont plus pénibles que celles de l'hystérectomie cela n'est vrai que parce que cette dernière opération s'applique dans la majorité des cas à des femmes proches de la ménopause; chez les jeunes les accidents semblables à la dysménorrhée grave font rarement défaut, ils durent des années, aussi est-ce une raison pour enlever les ovaires quand on est obligé d'enlever l'utérus chez une femme éloignée de l'âge climatérique.

II. — OBSTÉTRIQUE. — VARIA.

Primipares âgées. (Primipare attempate), Dr TRUZZI. *Annali di ostetricia e ginecologia*, septembre 1889, page 280.

La primiparité tardive tient à des causes multiples : le retard dans les rapports sexuels, la surdi-mutité, l'idiotie, la métrite, l'irrégularité des règles et surtout les vices de conformation du bassin qui sont deux fois plus fréquents que chez les primipares adultes.

La grossesse est plus souvent compliquée et cela dans la proportion de 4 : 1. La mortalité est due en général à l'éclampsie.

Une fois sur quatre seulement l'accouchement se fait à terme, il dure plus longtemps que chez les femmes adultes à cause de la fréquence des rétrécissements du bassin. Les membranes se rompent de bonne heure.

Les causes de dystocie de la part de la mère sont l'inertie utérine (18 0/0 au lieu de 5 0/0), la rigidité du col utérin et des parties molles du périnée, les vices de conformation du bassin. Du côté de l'enfant, ce sont l'hydrocéphalie et les présentations vicieuses. Enfin, du côté des annexes, il faut noter la rupture précoce des membranes et l'hydramnios.

L'asphyxie du fœtus et la procidence du cordon, seraient trois fois plus fréquentes que chez les parturientes adultes. Les déchirures du périnée s'observent plus souvent (6 0/0 au lieu de 0,77 0/0).

L'accouchement artificiel fut fait dans la proportion de 34 0/0 au lieu de 8 0/0. Le forceps fut appliqué 18 0/0 au lieu de 5 0/0. Les enfants sont mort-nés dans presque la moitié des cas (43 0/0 au lieu de 14 0/0). Le sexe féminin est prédominant.

Enfin, pendant l'état puerpéral, la mort est plus fréquente, malgré les précautions antiseptiques.

Tels sont les résultats observés à la Maternité de Milan pendant une période de trente ans.

P. M.

Deux cas de prurit iodopathique généralisé pendant l'accouchement. (Zwei Fälle von idiopathischen Pruritus universalis sub partu), FEINBERG. *Cent. f. Gyn.*, 1890, nº 7, p. 105.

Après une revue rétrospective rapide des opinions diverses émises sur la nature de l'affection, l'auteur relate deux observations nouvelles. 1)... 18 ans, mariée depuis deux mois. Rien d'important à noter dans les antécédents. Mais, depuis un an environ, apparition de sensations prurigineuses, vers l'époque des règles, qu'elles précèdent habituellement de deux jours pour cesser vers le 3e jour de la menstruation. Survient une grossesse. Le prurit ne se montre que durant les premiers mois, très léger et très court. Mais, dès les premières douleurs du travail, il se généralise et s'accentue d'heure en heure au point qu'on se hâte, dès que la dilatation le permet et après chloroformisation de terminer l'accouchement par une application de forceps. Immédiatement après l'accouchement, les sensations prurigineuses diminuent, et, 4 jours après, elles avaient complètement disparu. 2)... 34 ans, très nerveuse, est accouchée 3 fois spontanément et a avorté déjà 1 fois. Actuellement, à la suite d'une forte émotion, elle présente de nouveau des signes d'avortement (contractions utérines, perte de sang). Depuis 2 ans déjà, elle était sujette, à chaque période menstruelle, à du prurit vaginal, qui, lors du premier avortement, s'était montré avec une grande intensité et s'était généralisé. Or, peu après la perte de sang, dans la menace actuelle d'avortement, le prurit reparut de nouveau, très intense et généralisé. (L'auteur n'eut pas l'occasion de revoir cette malade.)

De l'analyse de ces deux faits, Feinberg conclut qu'il a eu affaire à un *prurit d'origine nerveuse.*

R. L.

Action de l'antipyrine sur l'utérus pendant et après l'accouchement (Azione dell' antipirina sull' utero durante il parto ad il puerperio) par PINZANI. *Bolletino di Bologna*, 6 février 1889, p. 96.

L'auteur conclut de ses nombreuses expériences :

1° Pendant le travail cet alcaloïde diminue le pouvoir contractile

de l'utérus. Cette influence commence une demi-heure après l'administration. Elle est maxima entre la 2e et la 3e heure quand le médicament a été injecté sous la peau. Entre la 4e et la 5e quand il a été administré par le tube digestif.

2° L'antipyrine diminue temporairement la douleur due à la contraction utérine, soit pendant le travail, soit après.

P. M.

Des fractures intra-utérines de la tête fœtale. (Sulle fratture intrauterine della testa fetale), par GUZZONI, *Annali di ost. e ginec.* Milano, février 1890, p. 17.

Pendant l'état fœtal les causes de fracture sont le plus souvent la syphilis, le rachitisme, les vices de conformation ou les arrêts de développement. L'auteur pense que les traumatismes portant sur l'abdomen de la mère peuvent aussi déterminer des fractures, et il en rapporte plusieurs observations.

P. MAUCLAIRE.

BIBLIOGRAPHIE

Application de la méthode antiseptique aux accouchements. J. L. CHAMPIONNIÈRE. — Dans ce très intéressant travail, l'auteur met le lecteur entièrement au courant des différentes manières dont on réalise l'antisepsie dans les services de MM. Tarnier, Budin, Bar, Maygrier, Champetier de Ribes, Pinard, Guéniot, Porak. On trouvera dans cette étude des données très précises et des indications de pratique extrêmement utiles, aussi, en conseillons-nous vivement la lecture.

Etude sur les formes anormales de l'utérus gravide. J. BOURRUS, — 1° La déviation de l'utérus pendant la grossesse, désignée par les auteurs sous le nom d'obliquité latérale, n'est pas due à une inclinaison réelle de l'organe gestateur, mais à une inclinaison apparente.

2° Cette inclinaison apparente est due au manque d'égalité et de parallélisme dans le développement des deux moitiés de l'organe. Quand il y a inclinaison réelle, elle est secondaire à cette inclinaison apparente: elle est due à ce que l'utérus se laisse entraîner en totalité vers son côté le plus développé.

3° La déviation anormale de l'utérus gravide est due à un développement asymétrique de cet utérus.

4° La forme anormale de l'utérus est la cause et non l'effet des diverses situations que le fœtus peut occuper dans la cavité utérine.

5° Elle est le point de départ des présentations vicieuses (épaule, face, siège).

6° Elle est une cause du retard dans la dilatation et de longueur dans le travail.

7° Elle exerce une influence des plus fâcheuses sur la délivrance, en favorisant l'enchatonnement du placenta et l'inertie utérine.

Étude sur la rupture centrale du périnée en accouchements. A. Delcroix. — L'auteur a rassemblé les cas de rupture du périnée, dont la publication est postérieure au travail de Charpentier sur la même question (1885). Ces observations nouvelles sont au nombre de 19, dont 2 personnelles, très intéressantes, recueillies dans le service de M. Ribemont. Elles sont suivies de l'étude clinique de cette rare complication (historique; symptômes et diagnostic; fréquence, mécanisme et étiologie; traitement (préventif, curatif). Les conclusions peuvent être résumées de la façon suivante : 1) La rupture centrale du périnée est un accident rare (75 cas, en tout, publiés jusqu'à présent) ; 2) l'étiologie est complexe, mais les causes principales peuvent se ranger en trois ordres : a) Causes provenant d'une conformation spéciale du bassin osseux (trop grande courbure du sacrum, sacrum rectiligne, hauteur de la symphyse pubienne, etc.); b) causes provenant d'une conformation vicieuse du périnée et de la vulve (défaut d'élasticité de la sangle périnéale, persistance de l'hymen, etc.) ; c) causes provenant de la brusquerie et de l'irrégularité des contractions utérines ; 3° le traitement préventif et curatif, *préventif* : (manœuvre rectale, anesthésie, épisiotomie, forceps, etc.) ; *curatif* (immobilisation des membres inférieurs, section du pont antérieur, réunion par des serres-fines ou par la périnéorraphie (immédiate ou secondaire, suivant les cas).

L'hermaphrodisme, par Ch. Debierre. Paris, *J.-B. Baillière*, 1891, — Dans ce livre, l'auteur cherche à établir que l'hermaphrodite est un être qui ne s'est pas développé sexuellement en conformité avec l'espèce à laquelle il appartient ; c'est un être dévoyé jusque

dans ses penchants et sa psychose, en raison même de sa sexualité mal établie et pervertie. Aussi devant le code, l'hermaphrodite n'étant ni homme ni femme, on devrait créer pour lui une classe à part et le laisser civilement *neutre*.

Fragments de chirurgie abdominale, par A. DELÉTREZ. Bruxelles, M. et T. T' Sas, 1891.

Dans cette brochure M. Delétrez réunit une série de 50 laparotomies, comprenant 1 néphrectomie, 1 cholécystotomie, 1 cholécystectomie, 10 hystérectomies abdominales, 10 ovariotomies, 7 salpingectomies, 10 hystéropexies, 10 laparotomies exploratrices. Il n'y a eu que deux décès, l'un par suite d'hémorrhagie secondaire après hystérectomie abdominale, l'autre par étranglement intestinal dans un cas de péritonite tuberculeuse, opéré *in extremis*.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL[1]

GYNÉCOLOGIE

Doléris. L'autre voie. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, mai 1891, p. 209. — **Freund**. Ueber die Beziehungen der Schildrüse und der Brustdrüse zu den schwangeren und erkrankten weiblichen Genitalien. *Deutsch. Zschr. f. Chir.*, Leipz., 1890-91, XXXI, 446-460. — **Heinricius**. Den gynäkolo giska klinikens i Helsingfors verksamhet 1890. *Tinska läk.-sallsk. handl*, 1891, 76-120. — **Löhlein**. *Gynäkologische Tagesfragen, nach Beobachtungen in der Giessener Universitats Frauenklinik*, 1 Hft. Wiesbaden, 1890. — **Petit**. Pseudo-hermaphrodisme par hypospadias périnéo-scrotal. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, juin 1891, p. 297.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — **Blumenthal**. Ein Instrument zur Entfernung von Nähten in schwer zugänglichen Körperhöhlen speziell der Portio vaginalis uteri. *Frauenarzt.*, Berl., 1891. — **Criado**. Galvanio and faradic eloctricity, and their uses in gynæcology. *Brooklyn M. J.*, 1891, V. 229-244. — **Kellogg**. The value of exercise as a therapeutic means in the treatment of the pelvic diseases of women. *Tra. Ass. Obst. et Gynæc.*, 1890, 317-352. — **Paillard**. *Ueber Trepanatim der Wirbelsaüle*, Wurzb., 1890. — **Rohé**. The advantages of pelvic elevation (Trendelenburg's posture) in abdominal section for diseases of the pelvic organs. *Maryland M. J.*, 1890-91, XXVI, 463-468. — **Rosenwasser**. A contribution to the technique of intra-ligamentary operations. *Ann. Gynæc. et Pædiat.*, 1890-91, 321-326. — **Sänger**. *Ueber Pessarien; ein Klinischer Vortrag.*, Leipzig, 1890.

(1) Cet index ne contient pas les travaux parus ou déjà analysés dans le corps du journal.

VULVE ET VAGIN. — **Bazy.** Traitement des fistules recto-vaginales inférieures. *France méd.*, Paris, 1891, XXXVIII, 82-84. — **Heydrich.** Zur Diagnose der cystischen Tumoren der hinteren vaginal wand. Ein Fall von Diverticulum recti spurium. *Cent. fur Gyn.*, n° 21, p. 418. — **Hofmokl.** Epithelioma labior. pudendor. majorum et clitoridis ; Extirpation ; Heilung, *Berl. d. K. K. Krankenants.* Rudolph. Stiftung in Wien 1889-90, 288. — **Kosteljanski.** Episioclesis cum fistule recto-vaginali artificiali. *Med. Obozr.*, 1891, XXXV, 18-22. — **Schtol.** Hypertrophia congenita nympharum ; amputatio. *I. akush. i jensk. boliez.*, 1890, 807-822. — **Woff.** Adeno-carcinoma glandulæ Bartholini. *I. akush. i jensk. boliez.*, 1890, IV, 803-806.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS. PÉRINÉORRHAPHIE. — **Caldwell.** Hysterorrhaphy. *Virgina. M. Month.* 1890-91, XVII, 991-994. — **Doléris.** Procédé nouveau de colpo-périnéorrhaphie. *Nouv. arch. d'obst, et de gyn.*, juin 1891, p. 289. — **Herrick.** An operation for shortening the utero-sacral ligaments. *Am. J. Obst.*, 1891, XXIV, 314-319. — **Kaltenbach.** Ueber Hulfsmittel des gynäkologischen Unterrichte. *Zeitsch.f. Geb. u. Gyn.* Bd. XXI, Hft 2, p. 288. — **Kleinwachter.** Zur Frage der Ventrofixatio als Mittel zur Hebung des Prolapsus uteri. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* 1891, Bd XXI, Hft 2, p. 237. — **Neuman.** The remote resultsof shortening. The round ligaments for uterine displacements by the new or direct method. *Am. J, Obst.* 1891, XXIV, 257-268. — **Philippeau.** Hystérorhaphie transpéritonéale, méthode nouvelle de ventro-fixation de l'utérus sans ouvrir la cavité péritonéale. *Gaz. deGynec.* 1891, VI, 34-49. — **Stove.** Posterior displacement of the uterus ; remarks upon pathology and treatement, *Tr. Am. Ass. Obst. and Gynæc.*, 1800, 298 305. — **Stratz.** Vaginal Operation der Retroflexio uteri mit Eröffnung des Douglas' schen. Raums. *Zeitsch.f. Geb. u. Gyn.*, 1891, Bd IXX. Hft 2 p. 337.

MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Von Kahlden.** Ueber destruirende Placentarpolypen. *Cent. f. allg. Path. u. path. Anat.* Iena, 1891, II, 1 ; 54. — **Kelso.** Hyperpyrexia following curetting. *Lancet*, 1891, I, 540. — **Lœbel.** Zur Thermalbehandlung der Endometritis. *Balneol, Centralbl.*, 1890-91, I, 25 ; 41 ; 57 ; 79 ; 89 ; 133 ; 147 ; 161. — **Massin.** Zur Frage ueber Endometritis bei acuten infectiösen Allgemeinerkrankungen. *Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd XL. Hft I, p. 146. — **Pichevin.** Des accidents causés par la cautérisation intra-utérine pratiquée à l'aide de la pâte de Canquoin. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, Paris, 1891, p. 192 ; 272 ; 300. — **Schwral.** L'anatomie pathologique de l'endométrium. *Arch. de Toc. et de Gyn.*, 1891, mai, p. 385 ; 464. — **Villa.** Ancora sull' allungamento ipertrofic della porzione vaginale del collo uterino. *Ann. di Ostet.*, 1890, XII, 761-764.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Abel** et **T. Landau.** Ueber das gleichzeitige Vorkommen von Krebs am Gebarmutterhalse und Körper. *Munchen. med. Wchschr.*, 1891, XXXVIII, 102. — **Audry.** Sur un procédé d'amputation des corps fibreux de l'utérus. *Arch. de Toc. et de Gyn.*, avril 1891, p. 314. — **G. Betton-Massey.** A cystic myoma of unusual character, treated by electricity and aspiration. *Annals of Gynæcology and Pædiatry*, 1891, n° 8, p. 490. — **Biondi.** Sulla cura del carcinoma dell' utero. *Gazz. d'Osp.*, 1890. 771-778. — **Chevrier.** Enucléation des fibro-myômes utérins par la voie abdominale. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, avril 1891, p. 201 ; 279 ; 314. — **Breunecke.** Ein Wort fur die Schröder'sche Methode der Myomotomie. *Zeitsch.f. G. u. Gynæk,*, 1891, Bd XXI. Hft I, p. 1. — **Felsenthal.** *Die Myomoto-*

mie und die Versorgung des Stumphes nach derselben. Strassburg, 1890. — **Fischer**. Zur Enstehungsweise scundärer Scheidenkrebse bei primären Gebärmutterkrebs. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1891, Bd XXI. Hft I, p. 185. — **Hilgenstock**. *Ueber Carcinoma uteri*. Iena, 1890. — **Kellogg**. Report of sixty cases of uterine myomata treated by electrolytis, with description of new forms of electrods and a coulombmeter. *Med. Times and Reg.*, N.-Y. et Philad., 1891, XXII, 107; 147. — **Lhölein**. Die Versorgung des Stumpfes bei Laparo-Hysterektomien. *Gnäk. Tagesfr.*, 1890, 39-55. — **Martin**. A plea for vaginal hysterectomy for cancer of the uterus. *J. Am. M. Ass.* Chicago, 1891, XVI, 152-157. — **Manley**. The reports of a case of a large interstitial fibroïd of the uterus removed by abdominal section, with some observations in relation to the most rational methods of dealing with neoplastic formations which originate in the muscular fibre of the uterus. *Brooklyn M. J.*, 1891, V, 90-96. — **Mendes de Leon**. Beckenhochlagerung bei Totalexstirpation der Gebärmutter. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 17, p. 331. — **Müller**. Ueber die sogenannte sacrale Methode der totalexstirpation des carcinomatosen uterus. *Corr.-Bl. f. schweiz. Aerzte* Basel, 1891, XXI, 38. — **Ruggi**. *Del trattamento intraperitoneale del peduncolo dopo l'amputazione sopra-vaginale del corpo del utero*. Bologna, 1890. — **Sangregorio**. Contributo alla casistica dei fibromi uterini complicanti lo stato puerperale. *Gazz. d. Osp.*, 1890, XI, 794 ; 802 ; 811. — **Sacré**. Fibromes utérins peu volumineux ; kystes purulents, laparotomie, guérison. *J. de méd., chir. et pharmac.* Brux., 1890, XC, 782-785. — **Spaeth**. Ein Fall von Fibroïd Eileiters. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1891, Bd XXI. Hft 2, p. 363. — **Spinelli**. Un caso rarissomo di sviluppo precoce di cancro del collo dell' utero in giovane di 18 anni. *Riv. Clin. d. Univ. di Napoli*, 1890, XI, 75-77. — **Terrillon**. Hystérectomie abdominale. *Arch. de Toc. et d'Obst.*, mai 1891, p. 366. — **Wythe**. A new mode of extirpating the uterus. *Pacific. M. J.*, San-Franc., 1891, XXXIV, 65-68.

AFFECTIONS PÉRIUTÉRINES ; HÉMATOCÈLE ; MALADIES DES TROMPES ; INFLAMMATION DES OVAIRES, ETC. — **J. M. Baldy**. The behavior and results of three cases of pelvic inflammatory disease. *Annals of Gynaecology and pædiatry*. Philad., 1891, n° 8, p. 498. — **Ballantyne et J. D. Williams**. The histology and pathology of Fallopian tubes. *Brit. M. J.* Lond., 1891, I, 107 ; 168. — **Buckmaster**. Pelvic abscess, with the report of a case opening spontaneously into the bladder that was reached by cystotomy and treated by vaginal drainage. *Brooklyn M. J.*, 1891, 245-257. — **Cushing**. Two cases of laparotomy for pelvic abscess with perforation of the intestine and continous purulent discharges. *Boston M. and S. J.*, 1891, CXXIV, 211. — **Grammatikati**. Clinical phenomena, observed in women after removal of parts of sexual apparatus. *Vrach*. St-Pétersb., 1891, XII, 4-8. — **Grandin**. The treatment of pyo-salpinx by aspiration and drainage. *Arch. Gynæc., Obst. and Pædiat.*, 1891. 131-134. — **Hooper**. Case of pelvic hæmatoma treated by abdominal section. *Med. Press and Circ. Lond.* 1891, LI, 243. *also : Brit. m. J.*, 1891, I, 527. — **Haultain**. Einige Punkte in der pathologischen Anatomie der Fallopischen Trompeten. *Cent. f. Allg. Path. u. path. An.* Jena, 1898, I, 741. — **Landau**. Ueber Tubensäcke. Eine klinische Studie. *Arch. f. Gyn.* Bd 40, Hft I, p. 1. — **Popoff**. Des lésions des trompes dans les fibro-myômes de l'utérus. *Vrach*. St-Pétersb., 1890, XI, 1118; 1152. — **Pozzi (S.)**. Le traitement des suppurations pelviennes et des lésions inflammatoires des annexes par l'hystérectomie vaginale. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.* Paris, 1891, p. 186. — **Reclus (P.)**. Traitement des suppurations pelviennes par l'hystérec-

tomie vaginale préliminaire. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.* Paris, 1891, p. 193. — **Saxtorph**. Om Bœkkensuppurationers Behandling ved sakral og parasakral Operations (Traitement des abcès du bassin par les voies sacrées ou parasacrées. *Hosp. Tid. kjobenh*, 1890, 3 R. 1245; 1265; 1891; 3 R. 73. — **Spinelli**. Sopra un Caso di ematocele extra peritoneale. *Riv. clin. d. Univ.* 1890, 85.-92. — **Von Stvauch**. Ueber Hämatocele. *St-Petersb. Med. Wchnschr.*, 1891, VII, 469-473. — **Wilcox**. Treatment of pelvic abscess by laparotomy. *Tr. Homœop. M. Soc. N.-Y.* Rochester, 1890, XXV, 214-219.

OVAIRES. — **Acconci**. Beitrag zur Histologie und Histogenese der papillenführenden Kystome des ovariums. *Cent. f. allg. Path. u. path. Anat.* Jena, 1890, I, 731-740. — **Faucon**. Deux kystes multiloculaires de l'ovaire. *J. de S. méd. Lille*, 1891, 259. — **Hofmokl**. Cystom ausgehend vom rechten ovarium; Laparatomie; Complication; ulceröse Typhlitis. Eitrige Nephritis, luboläre Pneumonie, Thrombose der vena iliaca communis et externa. *Tod. Berl. d. k. k. krankenaust.* Rudolph-Stiftung in Wien (1889), 1890, 289. — **Kelly**. Cysto-sarcoma of the ovary removed by abdominal section. *John Hopkins Hosp. Bull.*, 1891, II, 42. — **Ludlam**. Cauliflower degeneration of the ovary with a large ascitic deposit. *Clinique, Chicago*, 1891, XII, 61-63. — **Neugebauer**. 36 neue Fälle von Cervicalfist els des uterus (28 vesicale und 8 vaginale Fisteln) *Arch. f. Gynäk.*, 1890-91, XXXIX, 509-523. — **Pepin**. Sarcome encéphaloïde bilateral de l'ovaire. Propagation au grand épiploon et au mésentère, péritonite suraiguë, autopsie. *J. de méd. de Bordeaux*, 21 juin 1891, p. 520. — **Potter**. Ovarian and ligamentous cysts co-existing in the same patient; operation; death from shock. *Buffalo M. and S. J.*, 1890-91, XXX, 457-459. — **Shoemaker**. Malignant degeneration in dermoïd cysts. *Tr. Am. Ass. obst. and gynec.*, Phil., 1890, III, 353-358. — **Wolcott**. Report of dermoïd of the right ovary. *Homœop. J. obst.*, N.-Y., 1891, XIII, 113-116.

ORGANES URINAIRES. — **Arcari**. Calcolo vesicale do corpo straniero; cistotomia vaginale; colporafia. *Boll. d. Poliambul.*, 1890, 148-157. — **Baumm**, Sur operation der Blasen-Cervixfisteln von der Blase aus. *Arch. f. Gnoek.* 1890-91. XXXIX, 492-508. — **Benckiser**. Zur Kasuistik der Blaser cervixfisteln. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 19, p. 371. — **Espejo**. Extirpacion total de la vejiga con formacion de une vejiga nueva en una mujer de 55. años. *Rec. med. de Chile.* 1890-91, 241-245. — **Jilden**. Ein Fall von Geburtshendung in Folge übermässiger Aus dehnung der Kindlichen Harnblase mit gleichzeitigem Ascites. Wurz. 1890. — **May**. Foreign body in the female bladder; removal. *Lancet*, 1891, 542. — **McKay**. A case of inversion of the bladder of 12 years standing. *Maritime M. News.* Halifax, 1891, III, 20. — **Moito**. Adeno-carcinoma dell'apparato uro-genitale. *Sicilia med.* Palermo, 1890, II, 510-525. — **Okinchitz**. On treatment of vesico-urethro vaginal fistula. *J. Akush i jensk. boliez.* 1890, IV, 792-802. — **Reamy**. Removal of a stone weighing 365 grams. by vaginal cystotomy, from the bladder of a child six years of age; ureter injured; operations for closing the bladder difficult, but ultately successful; stone exhibited. *Pittsburgh M. Rev.*, 1891, V, 36. — **Schauta**. Vollkommene Cloakenbildung bei gleichzeitiger regelmässiger Ausmündung des Darmes und der Harnröhre. *Arch. f. Gynaek.*, 1890-91, 484-491.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Ahern**. Secondary laparatomy for intestinæ occlusion. *Am. J. Obst.*, 1891, XXIV, 326. — **Carfi**. Contributo alla pratica del drenaggio permanente della cagita peritoneale in casi di peritonite cronica idiopatica. *Riforma Med. Napoli*, 1890,

VI, 1496; 1503. — **Chrobak**. Ueber Indicationen zur Laparatomie. *Wien. Klin. Wchschr.*, 1891, IV, 81-86. — **Graser**. Ueber Wurm fortsatz peritonitis und deren operative Behandlung. *Arch. f. Klin. Chir.* Berl., 1891, XLI 277-291. — **Henoch**. Ueber einen Fall von purulenter Peritonitis, geheilt durch Laparatomie. *Berl. Klin. Wchnschr.*, 1891, XXVIII, 87. — **Lebeau et Deschamps**. Péritonite purulente ; laparotomie. *Gaz. méd. de Liège*, 1890-91, III, 218. — **De Leon**. A case of chyle Cyst. *Am. J. Obst.* N.-Y., 1890, XXIV, 168-172. — **Ludlam**. Traumatic suppurative peritonitis ; Polk's operation. *Clinique*, 1891, XII, 63. — **Morton**. A case of purulent peritonitis, apparently idiopathic from its rapide course. *Med. News*, 1891, VIII, 270. — **Praust**. *Ueber Laparotomie und Darmnaht bei Schuss-u. Stichverletzungen.* Kiel, 1890. — **Price**. The surgical conception peritonitis. *Tr. Am. Ass. Obst. et Gynec.*, 1890, 215-220. — **Rein**. Aseptik oder antiseptik bei Laparatomien? *Wien. Med. Presse*, 1891, XXXII, 289-292. — **Sänger**. Ueber Drainage der Bauchhöhle bei Laparatomien. *Deutsche Med. Wchschr.* Leipz., 1891, XVII, 145. — **Schmitz**. Zur Casuistik der durch den Bauchschnitt ausgeheilten Peritoneal tuberculose. *St.-Petersb. Med. Wchschr.*, 1891, n. F. VIII, 4-6. — **Skene**. Old and news ways in the after-treatment of laparatomy. *Brooklyn M. J.*, 1891, V, 85-88. — **Syms**. The influence of laparatomy upon tuberculosis of peritonœum. *N.-Y. M. J.*, 1891, LIII, 141-143. — **Wiese**. *Ein Beitrag sur Laparatomie bei Bauchfell tuberculose.*, Kiel, 1890.

VARIA (STÉRILITÉ, TROUBLES NERVEUX, VICES DE CONFORMATION). — **Bunge**. Fremdkörper in Uterus. *Deuth. Med. Wchnschr.* Leipz., 1891, XVII, 188. — **Coterell**. Removal of the uterine appendage for de cure of ovarian insanity. *Lancet*, Lond., 1891, I, 365. — **Glasgow**. The Spleen as a factor in gynecology with report of a successful case of splenectomy for dislocation into the true pelvis. *Tr. Am. Ass. Obst. et Gynec.* III, 23, 324. — **Goodell**. Malignant disease of the pelvis in a girl under fifteen years of age; Operations. *Med. and Surg. Reporter*, 1891, 319-322. — **Hektoen**. Perforating wound of the Uterus ; abortion, peritonitis ; death. *N. Am. Practic.* 1891, 104-107. — **Iomilef**. Stérilité. *Arch. de Toc. et de Gyn.*, avril 1891, p. 553; 321. — **Kay**. A Study of sterility, its causes and treatment. *J. Am. M. Ass.* Chicago, 1891, XVI, 181. — **Daniel Longaker**. Accidental hæmorrhage. *Annals of Gynaecology and Paediatry*, 1891, n° 8, p. 506. — **Maasland**. *Behandlungs methods von Bluts anhäufungen im atretischen weiblichen Genitaltractus Leiden*, 1890. — **McKee**. Obesity in its relation to menstruation and conception. *Am. J. Obst.*, 1891, 295-303. — **Minar**. Laparotomy in mental diseases, with report of a cases. *Ann. Gynæc. and Pædiat.* Phil., 1890, 1, IV, 272-278. — **Stapfer**. Malformation utérine. *Union méd.*, Par., 1891, LI, 129-131. — **Tarnier**. Vice de conformation du col. *J. d. Sages-femmes*, 1891, XIX, 217.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Chann**. Apparent growth of placenta after labor. *Maryland M. J.* Balt., 1890-91, XXIV, 342. — **Czembin**. Die Abwartung der Nachgeburtsperiode. *Berl. klin. Wchschr.*, 1891. — **Fraipont**. Accouchement dans l'hypnotisme. *Ann. Soc. méd. chir. de Liège*, 1891, XXX, 59-67. — **Gallois**. Mutations multiples de présentation avant et pendant le travail. *Dauphiné méd.*, Grenoble, 1890, XIV, 257-261. — **Henry (Mme)**. De la torsion du cou dans la présentation du sommet. *Ann. de gyn. et d'obst.*, avril 1891, p. 276. — **Hubert**. Présentation

du front. Accouchement spontané; durée neuf heures; enfant vivant, couches normales. *Arch. de toc. et de gyn.,* juin 1891, p. 448. — **Kaltenback**. Ueber die Bedeutung der fötalen Wirbersaüle für den Austrittsmechanismus. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1891. Bd 21. Hft 2, p. 263. — **Kinsburg**. Labour during hypnotic sleep. *Brit. M. J.* Lond. 1891, I, 460. — **Meyer**. Zur Behandlung der Geburt in Schädellage bei noch hinten gerichteten Hinterhaupte. *Arch. f. Gyn.* Bd, Hft IXL. p. 94. — **Ollivier**. De l'intervention dans la présentation du siége, mode des fesses. *Rev. obstét. et gynéc.* Paris, 1890, VI, 299; 365. — **Winter**. Zur Behandlung der Steisslagen. *Deutsche med. Wchschr.* Leipz., 1891, XVII, 213-215.

ANATOMIE, BACTÉRIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **Baldwin**. Some suggestions regarding the nature and treatment of galactorrhæa. *Brooklin. M. J.,* 1891, V, 192-200. — **Baruch**, *Beiträge zur Lehre der Schwangerschaftniere.* Strasb., 1890. — **Bazevitsch**. On change of arterial blood pressure and temperature of skin during pregnancy and childbed. *St-Petersb.*, 1890.— **Caw**. Intra-uterine absorption of placenta. *Brit. M. J.,* Lond., 1891, I, 404. — **Chunn**. Placents Growth after labor. *Medical Standard,* Chicago, mai 1891, t. IX, p. 168. — **Finzi**. Sulla struttura normale della placenta umana e sull'infarto bianco della medesima. *Riforma med.,* Napoli, 1891, VII, 75. — **Giglio**, Il bacillo dell'edema maligno negli ascessi della pelvi. *Annali di Ost e Ginec.* Milano, 1891, p. 241. — **Gloëkner**. Temperatur messungen bei gebärenden. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.,* 1891, Bd XXI, Hft 2, p. 386. — **Rossi**. Etude clinique et expérimentale de l'époque la plus favorable à la fécondation de la femme et de vitalité des spermatozoïdes séjournant dans le nidus seminis. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.* avril 1891., p. 161.

DYSTOCIE. — **Ahlfeld**. Ueber Geburten bei nahezu verschlossenen und resistenten Hymen. *Zeitsch. f. G. u. Gyn.* 1891. Bd XXI, Hft 1, p. 160. — **Baudry**. De l'atrophie des membres due à la paralysie infantile dans ses rapports avec la grossesse. *Ann. de gyn. et d'obst.*, mai 1891, p. 369. — **Blanc**. De la rigidité syphilique du col comme cause de dystocie. *Arch. de toc, et de gyn.*, avril 1891, p. 242. — **Fritsche**. *Einfall von kyphotischen Becken.* Berlin, 1890. — **Roncaglia**. Di una rara causa di distocia mecanica materna. *Rassegna di sc. med.* Modena, 1890, V, 396-407. — **Schwarz**. Placenta prævia in Utero bic. unicoll. sept. *Frauenazt.* Berl., 1891, VI, 12-16. — **Van Zandt**. A case of atresia of the cervix uteri complicating child-birth. *Texas Cour-Rec. med.*, 1890-91, VIII, 141.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Baldy**. The diagnosis of early ectopic gestation. *Cinci. M. News*, 1891, XX, 1-10. — **Carhart**. A case of extra-uterine pregnancy of four month's gestation, with delivery per uterus; recovery. *Daniel's Texas M. J.* Austin, 1890-91, VI, 325-329. — **Cushing**. A case of extra-uterine pregnancy; operation at the ninth month; recovery. *Ann Gyn and Pædiat.* Phila., 1890-91, IV, 214-216. — **Douglas**. Ectopic gestation. *Nashville J. M. and S.*, 1891, LXIX, 49-57. — **Hart** (**H**.). On Displacement of the placenta in extra-uterine gestation. *Edin. m. J.*, avril 1891, 922. — **Holmes**. On the etiology of extra-uterine pregnancy. *N. Am. Pract.*, Chicago, 1891, III, 56. — **Ortega**. Observation de grossesse extra-utérine. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, avril 1891, 177, 262. — **Oui**. Grossesse extra-utérine Rupture du kyste entre la huitième et la dixième semaine. Guérison. *Arch. de toc. et de gyn.*, juin 1891, p. 433. —**Peskind**. Early tubal pregnancy. *Cleveland M. Gaz.*, 1890-91, VI, 153-163. — **Reed**. Indications for

operation in ectopie pregnancy. *Am. J. Obst.* N.-Y., 1891, XXIV, 172-185. — **Trejman**. Ueber graviditas extra-uterina. *St-Péterb. m. Wchnschr.*, 1891, VIII, 23-25. — **Tuffier**. Grossesse extra-utérine. Lithopédion siégeant sur la face antérieure de l'utérus et saillant sans intermédiaire dans la cavité péritonéale. Laparotomie, etc. *Ann. de gyn. et d'obst.*, juin 1891, p. 461. — **Werder**. Extra-uterine pregnancy in its earlies months. *Pittsburgh M. Rev.*, 1891, V, 69-75.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Jenkins**. Rupture of the uterus in a twin pregnancy. *Glasgow M. J.*, 1891, XXXV, 204-206.

NOUVEAU-NÉ ET FŒTUS. — **Bossi**. — Sull' incompleta ossificazione della testa quale causa della morte del feto nel caso del sopra parto. *Riforma med.*, Napoli, 1890, VI, 1.509. — **Jensen**. Tetanus nach der Geburt beim Kinde. *Berlin thierärzth. Wchnschr.*, 1890, VI, 409-411. — **Plimpton**. Measles contracted in utero. *Homoeop. J. Obst.*, N-Y., 1891. XIII, 131.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Aust. Lawrence**. Abdominal section in puerperal fever. *Brit. M. J.* Lond., 1891, I, 636. — **Barbour (F.)**. Note on a case of Decapitation. *Edin. m. J.*, avril 1891, p. 927. — **Bartholomew**. A case of Cæsarean section made necessary by a contracted pelvis. *N. York. M. J.* 1891, LIII, 297. — **Braun**. Beitrag zur Therapie der Graviditas tubo-abdominalis. *Wien. klin. Wchschr.*, 1891, IV, 143. — **Crimail**. Opération césarienne pratiquée pour la seconde fois avec succès pour la mère et l'enfant. *Ann. de gyn. et d'obst.*, mai 1891, p. 372. — **Finck**. *Die Künstliche Frühgeburt und ihr Erflog bei Beckenenge aufgrund vom 22 an der Universitäts-Frauenkli-nik zu Strassburg seit* 1879-80 *beobachteten Fallen* Strasbourg, 1890. — **Galand**. Opération césarienne. Bassin non rachitique. Déformation par attitude vicieuse prolongée. *Arch. de toc. et de gyn.*, juin 1891, p. 452. — **Grandin**. Is embryotomy of the living fœtus justifiable? *Med. Record*, 1891, n° 23, p. 641. — **Neale**. Cæsaren section *vs.* Craniotomy upon the living fœtus ; indications Cæsaren section. *Maryland M. J.*, Balt., 1890-91, XXIV, 287-294. — **Price**. Porro's operation ; puerperal hysterectomy. *Ann. gynæc. et pædiat.*, Phila. 1890-91, IV, 345. — **Reynolds**. On the extraction of the after-coming head and arms. *Boston M. and S. J.*, CXXIV, 205. — **Sacchi**. Il parto precoce artificiale nelle stenosi pelviche piu comuni. *Annali di Ost. e Ginec.*, Milano, avril 1891, p. 275. — **Tait**. Craniectomy. *Pacific M. J.*, San-Franc., 1891, XXXIV, 68-72. — **Tuttle**. Cæsarean section. *Daniel's Texas M. J.* Austin, 1890-91, VI, 387. **Varnier**. De l'embryotomie céphalique. *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enfance*, avril 1891, p. 97-129. — Indications de l'opération de Porro. *Gaz. hebd. de méd.*, Par., 1891, XXVIII, 14-17. — **Williams**. — The premature induction of labor in contracted pelves. *Maryland M. J.*, Balt., 1890-91, XXIV, 441-447. — **William E. Ashton**. Successful Porro-Muller operation for malformation of the uterus and vagina. *Medical News*, Philadelphia, 4 avril 1891, vol. LVIII, p. 369.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Ahlfeld**. — Die Enstehung der Placenta prævia. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1891, Bd XXI, Hft 2, p. 297. — **Allen**. A case of scarlet fever in the puerpering, or complicated with cerebral hæmorrhage, convulsions, and hemiplegia. *Gaillard's M. J.* N.-Y., 1891, LII, 139-144. — **Ballantyne**. Hæmorrhage during Labour, due to valvular anomaly of the membranes. *Edinb. m. J.*, mai 1891, 1006. — **Barras**. Notes of a case pulmonary embolism occuring before delivery. *Glasgow M. J.* 1891, XXXV, 185-187. — **Bar-**

ton Cooke Hirst. A large Vaginal enterocele complicating pregnancy and obstructing labor *Medicinal News*, Philadelphia, 18 avril 1891, t. 58, p. 439.— **Bottez**. Fracture du bassin chez une femme enceinte de 9 mois. Rupture de l'utérus avec écrasement de la tête fœtale. Mort. Autopsie *Bullet. de la Soc. des médecins de Jassy*, janv. 1891, p. 15.— **Bonnaire**. Des ruptures vésico-utérines dans le travail de l'accouchement. *Arch. de toc. et de gyn.*, mai 1891, p. 391, 401. — **Boyd**. Som facts relating to diagosis and treatment of placenta prævia. *Tr. Am. Ass. Obst. and Gynec.* Phila., 1890, III, 10-23.— **Byford**. Lacerations of the parturient-canal. *Physician and Surg. Ann. Arbor and Detroit*, XIII, 49-55. — **Coe**. Concealed accidental hæmorrhage during labor with a report of fatal case. *Am J. of Obst* N.-Y., 1891, XXIV, 152-157.— **Favre**. Vorlaufige Mittheilung über eine bacteriolog. experiment. Untersuchung zur Frage der Puerperaleklampsie. *Arch. f. path. Anat.* Berl., 1891, CXXIII, 376. — **Fischel**. Zwei Fälle von Unterbrechung der Schwangerschaft aus seltener Ursache, 1° Wegen Retinis brightica; 2° Wegen pyamischen Fiebers. *Prag. med. Wchnschr.*, 1891, XVI, 54, — **Free**. Puerperal pneumonia. *Med. and Surg. Reporter*, Phila., 1891, LXIV, 302. — **Gallois**. Infection postpuerpérale, lavage intra-péritonéal, guérison. *Dauphiné méd.* Grenoble, 1891, XV, 1-3.— **Gardner**. The relation of albuminaria to puerperal eclampsia. *Tr. Am. Ass. Obst. and Gynec.* Phila., 1890, III, 31-37.— **Griffith**. Note on the renal affection of pregnancy and parturition. *St-Barth. Hop. Rep.*. Lond., 1890), XXVI, 115 119. — **Gunz**. *Beschreibung eines Falles von protahiertes Geburt.* Strasbourg, 1890. — **Guzzoni**. Sull'inserzione velamentosa dell funiculo ombellicale. *Osservatore* Torino, 1890, XLI, 765-790. — **Herzog**. What causes early hæmorrhage in placenta prævia. *The Cincinnati Lancet Clinic.*, 25 avril 1891, vol. XXVI p. 502. — **Holowko**. Eine seltene Todesursache bei einer Kreissende. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1891, Bd XXI, Hft 2, p. 354.— **Hubert**. Chorée des femmes enceintes. *Rev. méd. de Louvain*, 1890, IX, 529-534. — **Luinicke**. *Beiträge zur Kenntniss der « missed labor »*. Berlin, 1890.— **Luzet et Œttlinger**. Etude sur l'endocardite puerpérale droite et sur ses complications pulmonaires subaiguës. *Arch. génér. de méd.* Par., 1891, I, 54-75. — **MacKinnon**. Vomiting of pregnancy. *Am. J. of. Obst.* N.-Y., 1891, XXIV, 200-202.— **Meyer**. Ueber das Verhaltnis zwischen Nierenleiden, weissen infarkten und habituellen Absterben der Frucht. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 15, p. 285. — **Morrison**. Several puerperal eclampsia; the immediate induction of labor; recovery. *Coll. and Clin. Rec.*, Phila., 1891, XII, 51-53.— **Norment**. Puerperal eclampsia with a report of six cases. *Maryland M. J.*, Balt. 1890-91, XXIV, 331-342 — **Olshausen**. Beitrag zu den puerperalen Psychosen. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1891, Bd XXI, Hft 2, p. 371. — **Peyre**. Grossesse anormale chez une multipare; avortement provoqué; expulsion d'une môle hydatique; guérison. *J. de méd. de Bordeaux*, 1890-91, XX, 277-279. — **Reynolds Wilson**. A report of two cases of symptomatic dermatitis in the puerperal state. *Annals of Gynæcology and Pædiatry*, 1891, n° 8, p. 493. — **Schuhl**. De l'avortement à répétition et des moyens d'y remédier. *Ann. de gyn. et d'obst.*, mai 1891, p. 387-438. — Grossesse môlaire et albuminurie. *Arch. de toc. et de gyn.*, 1891, p. 438. — **Solovjeff**. Peritonitis tuberculosa et septica. *J. akush. i Jensk. bolicz.*, St-Petersb., 1890, IV, 785-792. — **Sutugin**. Pregnancy and labor complicated by fibromyoma, situated in pelvic cavity. *Vrach. St-Petersb.*, 1891, XII, 1, 35. — **Tarnier**. Bassin rétréci; septième accouchement; rupture de l'utérus; mort. *J. d. sages-femmes*. Par., 1891, XIX, 193. — **Upshur**. Placental disease and premature labor. *Med. Standard.* Chicag.,

1891, IX, 43. — **Villa**. Idramnios acuto. *Annali di Ost. e Ginec.* Milano, mai 1891 p. 389 et juin p. 437. — **Vinke**. Treatment of placenta prævia. *Med. News.* Phila., 1891, LVIII, 314. — **Walcher**. Ueber uterus ruptur. *Med. Cor. Bl. d. Württemb. arztl. Ver.*, 1890, LX, 241-244. — **Ward**. Puerperal convulsions. *Am. Gynæc. and Pdiat.*, Phila., 1890-91, I, IV, 193-201. — **Wheaton**. Sudden death after childbirth. *Mass. M. J.*, Bost., 1860, X, 385. — **Winter**. Uræmic coma in pregnancy. *Am. Lancet.* Detroit, 1891, V, 43. — **Wolfhagen**. Case of impacted gravid uterus with gangren and perforation of bladder. *Australas. M. Gaz.* Sydney, 1890-91, X, 129.

THÉRAPEUTIQUE ET ANTISEPSIE. — **Crovell**. Treatment of uterine cavity in'abortions. *Medical News*, Philadelphia, 25 avril 1891, t. 58, p. 460. — **Duke**. On hot water flushing of the uterus after delivery. *Lancet.* Lond., 1891, I, 193. — **Feeny**. The Chloral treatment of puerperal eclampsia. *Lancet.* Lond., 1891, I, 366. — **Fürst**. *Die Vorkehrungen zur Erreichung der Asepsis bei eburten Gin allgemein verstandlicher. Darstellung zum. Gebrauche für. Aerzte, Hebammen. Pflegerinnen und. Laien.* Stuttg., 1890. — **Guibert**. Suppression de la sécrétion lactée consécutive à l'administration de l'antipyrine. *Arch. de toc. et de gyn.*, juin 1891, p. 456. — **Herff**. Ueber operative. Behandlung bei Eklampsia gravidarum. *Berl. 'Klinick.* 1891, Hft XXXII, 1-16. — **Hewitt**. The treatment of mastitis by bandaging and rest. *Kansas M. Cat.*, Fort Scott, 1891, II, 267-269. — **Krukenberg**. Ein Fall von Hämoglobinämie und Hämoglobinurie nach intrauteriner Carbolanwendung. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1891, Bd XXI. Hft 1, p. 167. — **Polucco**. L'ittiolo in ginecologia. *Annali di Ost. e Gynec.* Milano, 1891, p. 193. — **Schauta**. De Behandlung der Blutungen post partum. *Prag. met. Wchnschr.*, 1890, XXI, 649-653. — **Stephen Smith**. Opiates in acute peritonitis. *Medical Record*, New-York, 1891, n° 22, p. 613. — **Witmer** The use of large doses of veratrum viride in puerperal convulsions. *Weekly M. Rev.* St. Louis., 1891, XXIII, 82-84.

VARIA. — **Bertazzoli** Rendiconto clinico dell' anno 1890 dell' ospizio di Sta Caterina in Milano diretta dal prof Porro. *Annali di Ost. e Ginec. di Milano.*, mai 1891, p. 365, et juin, p. 431. — **Dührssen**. *Geburtshülfliches Vademecum für Studireude und Aertze.* Berlin. — **Gottshalk**. Ventrofixatio uteri und Schwangerschaft. *Cent. f. Gyn.*, 1891. n° 20. p. 397. — **Leopold**. Ventrofixation und Schwangerschaft. *Cent. f. gyn.*, 1891, n° 16, p. 317. — **Pinard**. De l'assistance des femmes enceintes, des femmes en couches et des femmes accouchées. *Rev. d'Hyg.* Paris, 1890, XII, 1098-1112. — **Sänger**. Ueber Schwangerschaft nach konservativer Ventrofixatio uteri retroflexi. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 16, p. 305.— **Schücking**. Schwangerschaft und vaginale Ligatur. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 20 p. 393. — **Willam A Dunn**. Report of 1168 cases of labor in private practice. *Boston med. and Surj. Journ.*, 7 mai 1891, vol. CXXIV, p. 451. — **Yves Ménard**. Vaccination infantile. *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enfance.*, avril 1891, p. 113.

Le gérant G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Août 1891

TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'EXTIRPATION DE L'UTÉRUS PAR LA VOIE SACRÉE

Par **Félix Terrier** et **Henri Hartmann**.

I. — Historique.

La voie sacrée, grâce aux travaux de Kraske, était déjà couramment employée pour permettre l'extirpation de portions élevées du rectum, lorsqu'en 1888, Herzfeld et J. Hochenegg publièrent une série de travaux ayant pour but de montrer que, par cette voie, on pouvait pratiquer certaines opérations gynécologiques (1).

Leurs recherches, d'abord purement cadavériques, furent rapidement suivies d'applications sur le vivant.

Le premier qui utilisa la voie sacrée pour aborder les organes génitaux internes de la femme, est Hegar, qui, le 27 novembre 1888, y eut recours dans un cas d'abcès pelvien (3).

(1) KRASKE, 14e *Congrès de la Société allem. de chirurgie*, Berlin, 1885, et *Arch. f. klin. Chirurgie*, 1886, Bd XXXIII, p. 563.

(2) Consulter à cet égard *Allg. Wiener med. Zeit.* et *Wiener klin. Wochenschr.* de 1888 qui contiennent de nombreux articles de HERZFELD et de J. HOCHENEGG.

(3) L'observation fut publiée par WIEDOW, Die osteoplast. Resect. des

Au point de vue qui nous occupe, celui de l'extirpation de l'utérus cancéreux, nous devons citer un travail d'Hochenegg comme le premier en date. Dans ce mémoire (1) nous trouvons deux observations d'hystérectomies faites par la voie sacrée, l'une par Hochenegg lui-même, l'autre par Gersuny qui lui communiqua son observation. Les opérations avaient été faites le 2 décembre 1888. Le même jour, à Fribourg-en-Brisgau, Hegar opérait, dans sa clinique, une femme par la même voie et faisait publier, quelques mois plus tard, l'observation par son aide, Wiedow (2).

Peu de temps après, J. Hochenegg publiait une deuxième série d'articles, avec de nouvelles observations à l'appui (3).

Dans tous ces travaux, les chirurgiens n'avaient pas hésité à préconiser la résection temporaire (Hegar) ou définitive (Hochenegg, Gersuny) d'une portion plus ou moins étendue du sacrum. Contrairement à eux, Emile Zuckerkandl (4) regarde comme inutile toute résection osseuse. D'après lui, on a un jour bien suffisant en se contentant d'une incision parallèle au bord gauche du sacrum et allant de l'épine iliaque postéro-inférieure au creux ischio-rectal. Son travail, purement anatomique, ne contient pas d'observations cliniques.

Kreuzsteissbeines z. Freilegung der weiblichen Sexualorgane und Ausführung operativer Ein griffe, *Berlin. klin. Wochensch.*, 1889, n° 10, p. 202, et par BERNHARD V. BECK, Die osteoplast. Resect. des Kreuzsteissbeines z. Freilegung der inneren weiblichen Sexualorgane behufs Totalextirpation des Uterus bei Carcinom und anderer operativer Eingriffe, *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie.* Stuttgart, 1890, Bd XVIII, Hf. 1, p. 37.

(1) J. HOCHENEGG. Die sacrale Operationsmethode in Gynäkologie. *Wiener klinische Wochenschrift*, 28 février 1889, n° 9, p. 171.

(2) WIEDOW, *loc. cit.*, voir aussi BERNHARD V. BECK, *loc. cit.*

(3) J. HOCHENEGG. Beiträge z. Chirurgie des Rectum und der Beckenorgane, *Wien. klin. Woch.*, 1889, 27 juin, nos 26 et suivants.

(4) E. ZUCKERKANDL. Notiz über die Blosslegung der Beckenorgane. *Wiener klinische Wochensch.*, 1889, n° 14, p. 276.

La voie para-sacrée a été employée sur le vivant, par A. Wölfler qui s'en contenta dans deux hystérectomies. L'incision à laquelle il eut recours, est différente de celle de E. Zuckerkandl (1). Elle commence un peu au-dessous et à 1 à 2 centimètres à droite de l'union du sacrum et du coccyx, décrit un arc de cercle à concavité tournée vers la tubérosité droite, près du rectum et jusqu'au périnée, en un point voisin de la commissure inférieure de la vulve, à 2 ou 3 centimètres de cette commissure. Après avoir isolé le rectum du vagin, il ouvre le cul-de-sac de Douglas au niveau de sa partie la plus déclive.

Dans un ordre d'idées diamétralement opposé, nous voyons la même année paraître un travail de Roux (2).

Ce chirurgien, pour avoir un jour suffisant et manœuvrer facilement, n'a pas hésité, dans deux cas d'hystérectomie, à sectionner transversalement le sacrum au-dessous du 3e trou sacré, après avoir libéré son bord droit de manière à pouvoir le renverser comme un volet sur la fesse du côté opposé.

Enfin dans ces 18 derniers mois, nous voyons paraître sur l'hystérectomie par la voie sacrée, une série de travaux de Bernhard v. Beck (3), de Jivopistzoff (4), de Kufferath (5), de Müller (6), de Czerny (7), de Goldmann (8). Mentionnons

---

(1) A. Wölfler. Ueber die parasacralen und pararectalen Schnitt zur Blosslegung des Rectum, des Uterus und des Vagina. *Wiener klinische Wochensch.*, 1889, n° 15 et suivants, p. 296, etc.

(2) Roux. De l'accès aux organes pelviens par la voie sacrée. *Corresp.-Bl. f. schweiz. Aerzte.* Basel, 1889, p. 449.

(3) Bernhardt. v. Beck. *Loc. cit.*

(4) Jivopistzoff (N.-A.). Résection ostéoplastique du sacrum pour extirpation de l'utérus cancéreux. *Med. obozr.* Moscou, 1891, t. XXXV, p. 1.

(5) Kufferath. Ablation de l'utérus par le vagin. *Bullet. de la Soc. belge de gynéc. et d'obstétr.* Bruxelles, 1890, t. I, p. 177.

(6) Muller (P.). Ueber die sogenannte sacrale Methode der total Extirpation der carcinomatosen Uterus *Correspondenz-Blatt für schweizer. Aerzte.* Basel, 15 janvier 1891, t. XXI, p. 38.

(7) Czerny. Ueber Exstirpatio Uteri sacralis. *Beitrage z. klin. Chirurgie.* Tübingen, 1891, Bd VII, Hft 2, p. 477.

(8) Goldmann (Edwin-E.). Zur Frage nach des Verwenbarkeit der sakralen

enfin en terminant la communication faite par l'un de nous au dernier congrès français de chirurgie (1).

La question commence du reste à être discutée dans les diverses Sociétés savantes ; nous citerons à cet égard la discussion de l'an dernier à la Société gynécologique de Vienne (2), discussion à laquelle prirent part Zinsmeister, Herzfeld, Beck, Hochenegg, Hofmokl, Dittel et Maydl et celle qui se déroula cette année dans la Société russe de Pirogoff à propos de communications de Zaïatsky, de Solodovnikoff, de Solovieff, de Sinitzine, de Rein, de Soutouguine, de D. de Ott, de Sklifossowsky (3).

II. — **Observations.**

Afin de se faire une idée sur la valeur de cette opération, qui n'est, comme on vient de le voir, entrée que depuis peu de temps dans la pratique, nous avons lu avec le plus grand soin les diverses observations que nous avons pu nous procurer. Tous les faits sont malheureusement loin d'être publiés et nous n'avons pu réunir que 21 cas d'hystérectomies sacrées que nous résumerons sous forme de tableau après avoir relaté nos deux observations personnelles.

Observations personnelles

I. — M..., cinquante-deux ans, journalière, entre le 24 octobre 1890 dans le service de M. Terrier, à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac.

Methode für gynäkologische Operationen. *Beiträge z. klin. Chirurgie.* Tübingen, 1891, Bd VII Heft 2, p. 469.

(1) Terrier (F.). Deux observations d'extirpation de l'utérus cancéreux par la voie sacrée, *Congrès français de chirurgie*, Paris, 1891.

(2) Uterus-extirpation nach Kraske-Hochenegg. *Geburtshiflich-gynäkologische Gesellschaft in Wien.* Analyse in *Centralblatt f. Gynäk.* Leipzig, 1870, n° 3, p. 51.

(3) Discussion sur l'opération par la voie sacrée en gynécologie, *IVe congrès de Pirogoff*, analyse in *Wratch*, Saint-Pétersbourg, 24 janvier 1891, p. 123.

nº 20, pour des pertes séro-sanguinolentes qui se répètent constamment depuis deux ans.

Réglée à quinze ans, elle n'a, jusqu'à ces dernières années, jamais éprouvé de troubles du côté de son utérus. Les règles venaient régulièrement et sans douleur; elles étaient peu abondantes et duraient deux jours. Mariée à trente-trois ans, elle n'eut jamais de grossesse. A l'âge de quarante-neuf ans, il y a trois ans, les règles se suspendirent complètement sans aucun accident.

Elle se portait encore très bien et ne souffrait nullement, lorsque, il y a deux ans, elle fut prise brusquement, après une émotion assez vive, le lendemain de la mort de son mari, d'une petite perte rouge, sans caillot, qui dura un quart d'heure. Depuis cette époque elle a eu constamment un écoulement tantôt sanguinolent, semblable à de l'eau rougie, tantôt muqueux ou séreux. En même temps, elle commença à souffrir de douleurs hypogastriques s'exaspérant dans la position assise ou couchée. Amaigrissement progressif.

Rien dans les antécédents héréditaires ou personnels.

La malade tenue tout d'abord en observation dans le service a de temps à autre de petites élévations vespérales de la température à 38º,2; 38º,4 et même le 8 novembre 39º,1.

Le col est sain; par son orifice coule un liquide séro-sanguinolent; l'exploration, avec l'hystéromètre détermine un saignement. Le corps de l'utérus volumineux est en rétroversion, adhérent; à gauche on trouve à côté du fond de l'utérus une tuméfaction douloureuse qui semble constituée par les annexes enflammées.

Ni sucre, ni albumine; amaigrissement notable; facies pâle, terreux. Pas d'appétit, constipation.

Le 14 novembre, après dilatation de l'utérus avec des laminaires iodoformées, nous pratiquons le toucher digital de la cavité qu nous permet de constater l'existence d'inégalités et qui ramène des débris de tissus.

Le 19 novembre 1890. **Hystérectomie sacrée**, par M. Terrier aidé de M. Hartmann et des internes du service, MM. Louis et Reymond.

La malade étant couchée sur le côté droit du corps, on fait une incision de 15 à 16 centimètres, parallèle au bord gauche du

sacrum et du coccyx, à 2 centimètres environ en avant de ces bords.

Désinsertion des fibres du grand fessier au sacrum, puis au coccyx, et section complète de toute l'épaisseur de ce grand fessier.

A ce moment, le plan sous-jacent s'effondre en quelque sorte du côté de l'abdomen sous le poids des viscères, agissant sur la paroi abdominale antérieure.

On fait repousser, par l'aide, la paroi abdominale et les viscères du côté de la plaie lombaire. Après incision au fond de la plaie de quelques faisceaux musculaires, on arrive jusqu'au péritoine, qui est masqué par de la graisse et des tractus cellulo-fibreux.

Avant d'aller plus loin et pour se donner du jour, on résèque, avec une pince coupante, toute la partie latérale gauche du sacrum bien au-dessous du troisième trou sacré. Comme on ne distingue rien bien nettement, un aide introduit son doigt dans le vagin de façon à le bien reconnaître au fond de la plaie et à déterminer la situation de l'utérus. Grâce à ce procédé, il est assez facile de s'orienter et de reconnaître la situation du rectum, du vagin et de l'utérus.

On éprouve toutefois quelques difficultés à atteindre et à ouvrir le péritoine, en avant de l'intestin rectum. Cette ouverture faite, on attire l'utérus, mais on ne peut encore l'amener au dehors, l'espace étant insuffisant. Il fallut donc réséquer encore, avec la pince coupante, un peu du sacrum et le coccyx en totalité.

Ceci fait, l'utérus put sortir, avec l'ovaire et la trompe gauches. Deux fils en anse de grosse soie sont alors placés, avec une aiguille courbe, sur le ligament large gauche et l'on sectionne les parties entre l'utérus et les ligatures. Cela permet d'attirer l'utérus plus au dehors et de faire la même manœuvre du côté droit. Toutefois de ce côté les ligatures furent placées plus près de l'utérus entre lui et l'ovaire que l'on ne voit pas. On sectionne des deux côtés peu à peu et on arrive ainsi à libérer l'organe jusqu'aux insertions vaginales. On coupe alors celles-ci avec des ciseaux à branches mousses, et à mesure on saisit la paroi vaginale sectionnée avec des pinces à pression. Dès que la section du vagin est terminée, une éponge montée est placée dans ce conduit. (De grosses éponges placées sur l'utérus abritaient antérieurement le péritoine.) Nouvelle hémostase des ligaments larges qui saignent au point où le vagin s'y insère; des fils de soie sont passés à travers eux avec l'ai-

guille de Reverdin, de façon à obtenir une hémostase complète. Ces diverses manœuvres sont faites avec une grande précision ; on voit fort bien ce que l'on fait.

On obture le vagin par une série de ligatures en anses, faites avec du fil de soie de moyen calibre. La pince, qui tenait l'éponge, fut enlevée à ce moment et l'éponge abandonnée dans le vagin d'où on ne la retira qu'après l'opération

Après toilette péritonéale soignée, on suture le péritoine que l'on avait ouvert en avant et à gauche du rectum. Trois fils de soie furent ainsi passés dans ce but.

Après avoir abstergé avec une solution antiseptique, la plaie extra-péritonéale, on place à sa partie moyenne un drain assez gros. Un autre drain est placé dans le haut de la plaie. Suture de la peau au crin de Florence, avec des points profonds et des points superficiels.

Pansement avec la gaze iodoformée et de l'ouate stérilisée.

L'opération a duré un peu plus d'une heure.

Examen de la pièce enlevée. — Les annexes présentent les altérations de la salpingite catarrhale. La cavité utérine est déformée, allongée et dilatée dans son angle gauche, qui a l'aspect d'une cavité suppurante et bourgeonnante. Tout le fond de l'utérus est ulcéré et végétant. L'examen histologique fait par M. Brault, sur des préparations de M. Legry, conclut à l'existence d'un épithéliome tubulé à cellules cylindriques.

Les coupes ont été faites en deux régions : 1° au centre même de la tumeur ; 2° au niveau d'un bourgeon faisant saillie dans une cavité purulente paraissant indépendante du reste de la cavité utérine.

1° Sur les coupes passant par le centre de la tumeur, on voit que la moitié externe de la paroi utérine n'est pas altérée ; les faisceaux musculaires entre-croisés et les vaisseaux y offrent une structure qui semble normale.

La moitié interne de cette paroi présente les lésions suivantes : On y trouve une quantité considérable de tubes et de cavités irrégulières tapissés d'un épithélium cylindrique plus ou moins déformé. Cet épithélium, parfois disposé en une seule couche, montre souvent aussi des épaississements dus à la production de

véritables saillies épithéliales proéminant dans l'intérieur des cavités. Des cellules épithéliales plus ou moins altérées, isolées ou en groupes, sont fréquemment desquamées et tombées dans ces cavités.

Autour des alvéoles, on retrouve du tissu fibro-musculaire en petite quantité avec des vaisseaux assez nombreux et remplis de sang.

Sur la surface interne de la paroi utérine, on voit des tubes et des alvéoles remplis de cellules épithéliales qui viennent s'ouvrir directement et qui offrent en plusieurs endroits de véritables bourgeons épithéliaux faisant une légère saillie.

Dans la zone intermédiaire à la région interne nettement épithéliomateuse et à la région externe d'apparence saine, les faisceaux musculaires sont tantôt régulièrement parallèles les uns aux autres et tantôt dissociés par des cellules épithéliales ou des cellules embryonnaires interposées entre eux.

2° Au niveau du bourgeon saillant dans la cavité purulente, on observe encore les trois zones qui viennent d'être mentionnées. Mais la zone interne est beaucoup moins étendue, elle n'occupe guère que le cinquième de la surface de la coupe, laquelle comprend toute l'épaisseur de l'utérus. Il y a encore ici des alvéoles tapissés plus ou moins irrégulièrement de cellules épithéliales.

Ce qu'il y a de plus frappant sur ces coupes, c'est l'exubérance de la végétation épithéliale à la surface libre du bourgeon. Des tubes et des alvéoles qui s'ouvrent à ce niveau et qui sont complètement remplis de cellules épithéliales, on voit en effet partir des végétations qui s'étalent au dehors, rejoignent les prolongements des végétations voisines et coiffent ainsi dans sa totalité le bourgeon saillant d'une couche continue et épaisse de tissu épithélial.

Suites de l'opération. — 19 *soir.* — 37°,8 ; 120 pulsations, 32 respirations. Pas de vomissements, facies bon.

Le 20, matin. Pansement, suintement sanguinolent. Urines 550 grammes ; température 38°,1 ; pouls 130 ; respiration 24.

Soir : température 38°,1 ; pouls 128 ; respiration 24.

Le 21, matin. Urines 500 grammes ; température 37°,3 ; pouls 116 ; respiration 26. La malade est toujours un peu agitée depuis l'opération ; son facies est cependant excellent et cette nuit elle a

rendu des gaz par l'anus. Le pansement a suinté. Sur la lèvre interne de l'incision, phlyctène à contenu séro-sanguinolent.

Soir : température 37°,6.

Le 22. 37°,4, 37°,2. Urines 800 grammes. Toujours un peu d'agitation nocturne. Pansement. Les phlyctènes ont augmenté, contiennent un liquide séro-sanguinolent brunâtre.

Le 23. 37°, 37°,3. Urines 1000 grammes. Nous supprimons le gros drain qui occupe l'angle inférieur de la plaie et enlevons les tampons vaginaux ; il sort un liquide infect accumulé derrière eux. Irrigation douce avec une solution de liqueur de Van Swieten étendue.

Le 24. 37°. Urines 1 litre. Les phlyctènes se sont crevées ; il s'est formé une eschare étendue, exactement limitée en dehors par la ligne de suture, s'étendant en dedans jusqu'au delà de la ligne médiane, partant de l'extrémité inférieure de l'incision et remontant en hauteur sur plus de la moitié de cette incision. Cette eschare exhale une odeur infecte. Pansement avec la poudre de Just Championnière.

La région trochantérienne droite, sur laquelle la malade se couche le plus souvent, est occupée par une plaque d'un rouge vif.

Le 25. 37°,1, 37°,3. Rien de particulier.

Le 26. 37°,2 le matin. Pendant que nous faisons l'injection vaginale quotidienne, nous voyons l'eschare sacrée se soulever et le liquide sortir par les deux extrémités de la suture.

Le soir, la température monte à 39°,2.

Le 27. 37°,1, le matin ; le soir 38°,2. Nous avons beau n'injecter le liquide vaginal que sous une très faible pression, il en ressort toujours un peu par la plaie sacrée.

Le 28. 37°,2, le matin ; le soir 37°,8.

Le 29. 37°,2 le matin ; le soir 37°,3. A la suite d'une purgation, la malade expulse un bouchon stercoral.

A partir de ce jour la température reste normale, l'état général va s'améliorant progressivement ; l'eschare s'élimine et le 8 décembre les liquides injectés par le vagin ne ressortent plus par la plaie sacrée qui est largement béante, la réunion du grand fessier ayant cédé dans toute la hauteur de la plaie.

Cette plaie se comble peu à peu, revêt un aspect infundibuliforme et le 24 décembre elle est déjà très rétrécie ; le bord externe

se rapprochant progressivement de la lèvre interne, attirée qu'elle est vers celle-ci par la rétraction du tissu cicatriciel qui se forme. Il ne reste plus comme tissus mortifiés que quelques débris fibreux, grisâtres, non encore éliminés au niveau du sacrum.

22 mars 1891. La plaie sacrée qui est réduite à une petite ulcération de dimension d'une pièce de 50 centimes, siégeant au fond d'un infundibulum cutané, ne se modifie pas depuis environ un mois ; afin de l'exciter on la panse avec du styrax. La guérison a lieu rapidement et dans les premiers jours d'avril la malade quitte l'hôpital.

Nous la revoyons le 5 août. Le fond du vagin est parfaitement souple, sauf du côté gauche où il existe une bride manifeste entre le cul-de-sac vaginal et la cicatrice sacrée. Les fesses ont repris, à part la cicatrice adhérente au sacrum, un égal volume. L'état général est aussi bon que possible et la malade a très notablement engraissé. Elle marche sans la moindre boiterie et sans fatigue.

REMARQUES. — Comme on le voit, par la lecture de l'observation, la simple incision des parties molles, parallèle au bord gauche des vertèbres sacro-coccygiennes fut insuffisante et l'on dut réséquer la partie latérale du sacrum au-dessous du troisième trou sacré ; cette résection fut elle-même insuffisante et l'on dut enlever le coccyx en totalité. Malgré l'introduction du doigt d'un aide dans la cavité vaginale et le refoulement des viscères du côté de la plaie sacrée, malgré même une assez facile orientation, permettant de déterminer la situation du rectum, du vagin et de l'utérus, on eut des difficultés à ouvrir le péritoine dans le cul-de-sac recto-utérin.

L'utérus volumineux fut attiré avec quelque peine. Les ligaments liés et coupés au contact de l'organe, les attaches du vagin à l'utérus furent sectionnées avec des ciseaux. Le vagin fut fermé avec des sutures et la plaie péritonéale suturée de même d'une manière incomplète.

Le seul accident post-opératoire fut la formation d'une large eschare très exactement limitée en dehors par la ligne

de l'incision. Aussi, pendant une certaine période les injections vaginales refluèrent par la plaie sacrée largement béante. Cette complication n'eut toutefois pour résultat que de retarder la guérison définitive de quelques mois.

La formation de cette eschare s'explique très bien chez cette femme cachectique par l'action du décubitus sur des tissus qui avaient perdu une partie de leurs vaisseaux nourriciers et qui étaient encore altérés par le contact des liquides septiques arrivant au niveau des drains.

II. — L. A..., 52 ans, domestique, entre le 2 janvier 1891 dans le service de M. Terrier, à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 30.

Réglée à quatorze ans, cette malade a toujours eu des règles régulières mais abondantes. Jamais d'enfants, ni de fausse couche. Ménopause à quarante-six ans. Bonne santé habituelle.

En mars 1890, la malade a commencé à éprouver quelques symptômes vagues, fatigue dans la station debout, pesanteur abdominale, sans douleur vraie en aucun point. Elle fut à cette époque traitée pour de l'anémie.

En juin 1890, elle fut prise de métrorrhagie. Au bout de huit jours, voyant que l'écoulement sanguin continuait, elle alla consulter un médecin qui fit, dit-elle, l'ablation d'un polype gros comme une amande. Depuis cette époque, elle a été d'une façon régulière soumise à des applications de galvano-cautère qui ont arrêté les pertes sanguines. Mais en même temps elle a été prise d'un écoulement aqueux et de douleurs vives qui ont augmenté d'une manière telle qu'en décembre elle fut obligée de s'aliter. C'est parce que ces douleurs lombaires et abdominales persistent, parce qu'elle a constamment un écoulement aqueux que la malade vient consulter à l'hôpital.

État actuel. — La vulve et le vagin sont rétractés, sclérosés, et offrent cet aspect pâle et cette rigidité qu'on rencontre fréquemment chez les vieilles femmes. Le doigt porté au fond du vagin n'y rencontre aucune saillie pouvant répondre au col. On y trouve cependant une partie plus dure, percée d'un orifice à bords ulcé-

rés qui évidemment représente les vestiges du col. L'extrémité du doigt s'y engage et détermine un écoulement de sang.

L'examen au spéculum est assez difficile, le fond du vagin ne se laissant pas déplisser. On arrive cependant à voir au fond d'un vagin cicatriciel, à la place du col, une ulcération à bords nettement découpés, à fond sanieux, présentant en son centre un orifice dans lequel l'hystéromètre s'engage à une profondeur de 10 cent. 1/2. Cet examen à l'hystéromètre détermine un saignement assez abondant.

L'utérus semble mobile et ses mouvements sont très douloureux. On ne peut apprécier la position de son fond à cause de la surcharge graisseuse considérable de la paroi abdominale de cette malade.

La malade se plaint de douleurs spontanées presque constantes. Nous dilatons la cavité utérine avec des laminaires iodoformées et par le toucher digital constatons nettement l'existence d'un épithéliome intra-utérin.

1er février 1891. **Hystérectomie sacrée**, par M. Terrier, avec l'aide de MM. A. Broca et H. Hartmann.

La malade est couchée sur le côté droit, le bras gauche maintenu élevé par un aide pour ne pas comprimer le thorax ; le membre inférieur droit est étendu, tandis que le membre gauche est demi fléchi.

Incision parallèle au bord gauche du sacrum et du coccyx : on coupe le muscle grand fessier près de ses insertions sacro-coccygiennes, ce qui donne pas mal de sang.

Dès que la section du grand fessier fut terminée, on vit le fond de la plaie faire saillie à chaque inspiration. Résection avec la pince-gouge d'une petite étendue du bord du sacrum.

Faisant introduire le doigt d'un aide dans le rectum, on délimite fort bien cet intestin situé en bas et en arrière, dans la concavité du sacrum ; et pour le bien reconnaître pendant le reste de l'opération, on le bourre d'une queue de cerf-volant de tampons d'ouate iodoformée. En avant de lui, on se perd dans le tissu cellulo-graisseux très abondant du bassin, et, malgré des recherches assez longues, on n'arrive pas à reconnaître le cul-de-sac recto-vaginal, ce que nous nous expliquâmes plus tard, lorsque nous

eûmes constaté son envahissement par la néoformation. Allant plus en haut et en avant, on finit par reconnaître le fond de l'utérus et par ouvrir le péritoine au-dessus de ce fond, en déchirant les tissus avec le doigt. Des anses d'intestin grêle viennent saillir à ce niveau.

On cherche alors à attirer l'utérus au dehors, mais c'est impossible, l'organe étant adhérent par son col, et immobilisé par ses annexes enflammées, fixées aux parois du bassin. De là, on le comprend, de fort grandes difficultés opératoires, évidemment exceptionnelles.

Un aide introduit alors son doigt dans le vagin et repousse l'utérus assez haut pour qu'on puisse le saisir par son fond avec deux pinces de Richelot ; dès lors on fut maître de la situation.

Trois anses de fil entre-croisées furent placées avec l'aiguille courbe sur le ligament large gauche. Ces anses serrées, on sectionna les tissus entre elles et le bord gauche de l'utérus et on libéra celui-ci jusque près du col.

A droite mêmes manœuvres, trois ligatures en chaîne sont placées et on libère le bord utérin droit, aussi jusqu'au col.

Ceci fait, on achève l'extraction, jusqu'au vagin, avec les ciseaux, en plaçant 3 pinces de Kocher sur des artérioles qui donnent. L'utérus était enlevé, mais il restait encore les annexes adhérentes des deux côtés aux parois du bassin.

Je commençai par détacher l'ovaire et la trompe à gauche, et l'attirant au dehors avec mes 3 anses de fil placées sur le ligament large gauche, je fis un nouveau pédicule plus profond, compris dans 2 nouveaux fils en X. La même manœuvre fut faite à droite et je fis un second pédicule avec deux fils en X L'hémostase des ligaments larges était complète et les annexes enlevées des deux côtés.

A droite, au niveau des insertions vaginales et dans le ligament large, existait un peu d'infiltration épithéliale, qui fut grattée avec une curette tranchante. Enfin, sous les pinces de Kocher, je fis trois ligatures à la soie fine pour obtenir l'hémostase des insertions vaginales sectionnées.

Toilette péritonéale; avec des éponges montées sur des pinces à pression, on enlève une certaine quantité de sang épanché dans l'abdomen et des caillots.

La cavité du vagin, tenue béante par deux pinces à griffes de Richelot, fut bourrée de deux tampons d'ouate iodoformée et fermée ensuite par une double anse de fil de soie. Enfin, après application d'une autre ligature en soie sur le ligament large gauche qui saignait, je fermai le péritoine à l'aide de trois anses de fil de soie.

Il faut noter que la dernière ligature, faite sur le ligament large gauche, fut passée assez profondément avec l'aiguille de Reverdin; cette ligature, comme nous le verrons, enserra l'uretère correspondant.

Suture profonde du muscle fessier, à l'aide de deux anses de fil de soie passées parallèlement à la section du muscle et nouées ensuite.

Un drain est placé sous le grand fessier; la peau est suturée au crin de Florence. Pansement à la gaze et à l'ouate iodoformée.

L'opération, fort pénible, a duré deux heures dix minutes.

Suites de l'opération. — Le 2 février. — 37°,2. La malade va bien, elle n'a eu qu'un seul vomissement. Les douleurs assez vives hier se sont calmées par une injection de morphine: Urines 300 grammes.

Le pansement étant percé par un suintement séro-sanguinolent, on le change,

Soir : 37°,4.

Le 3. 37°. La malade n'a pas souffert; elle est un peu abattue et a eu pendant la nuit du délire calme.

Il s'est fait par le vagin un suintement sanguinolent. On change les tampons vaginaux superficiels. Urines, 400 grammes.

Le 4. La température est toujours normale, mais la malade reste abattue, somnolente, dort sans cesse.

Le 5. Température normale, mais cette nuit la malade a voulu se lever, a eu du délire de paroles et d'action; dans l'intervalle de ces périodes d'excitation, elle reste plongée dans un état de somnolence continue.

Le 6. Température normale. La malade a été plus calme, mais elle est plus affaissée. Le pouls est petit et fréquent. Dyspnée;

battements des ailes du nez ; râles sibilants dans la poitrine ; incontinence d'urine.

Le 7. — Coma. Mort à 10 heures du matin.

Autopsie. — A l'ouverture de la cavité abdominale, on trouve, après avoir relevé les anses intestinales agglutinées, le péritoine du petit bassin recouvert au fond de l'excavation d'une couche de pus concret. L'extrémité du drain se voit à nu dans une étendue de quelques centimètres au fond de ce petit bassin.

Les *reins* sont le siège des lésions anciennes et présentent des deux côtés une atrophie corticale manifeste. Ils se décortiquent néanmoins très bien et leur surface est absolument lisse. Les deux uretères et les bassinets contiennent un liquide trouble grisâtre. *Ils présentent des deux côtés leurs dimensions normales.*

L'*uretère gauche*, à une distance de 4 centimètres au-dessus de son abouchement intra-vésical, est fermé d'une manière absolue par une ligature à la soie fine qui l'étrangle. Immédiatement au-dessus de cette ligature, il forme un coude comme s'il avait été attiré en haut et en dedans avec une pince et, au niveau de ce coude, il est étreint par une double ligature en chaîne à la soie grosse qui diminue notablement son calibre sans cependant l'oblitérer d'une manière absolue.

La section de la muqueuse vaginale est partout souple, excepté au niveau de la base du ligament large droit, point où il existe une petite zone d'infiltration épithéliomateuse qui n'a pas été enlevée pendant l'opération.

Le rectum est absolument intact dans toute son étendue.

Examen des pièces enlevées. — L'examen de l'utérus et des reins a été fait par le docteur Poupinel qui nous a remis la note suivante :

DESCRIPTION MACROSCOPIQUE. — *Utérus* de dimensions normales. Portion du col presque absolument détruite, ulcérée. L'infiltration cancéreuse dépasse visiblement, à l'œil nu, les limites du col, au moins d'un côté, pour gagner le ligament large ; à l'intérieur de l'utérus la muqueuse est intéressée jusqu'à plus de la moitié de la cavité du corps. L'altération ne paraît pas dépasser l'épaisseur de la muqueuse du corps. Un petit fibrome gros comme un petit pois dans la paroi antérieure du corps de l'utérus, sur la ligne médiane.

Ovaires et trompes. — D'un côté ovaire entier, reconnaissable à sa forme et à ses dimensions normales, un petit kyste gros comme un pois à une de ses extrémités, trompe repliée sur elle-même, pavillon oblitéré. De l'autre côté la section a porté en plein tissu ovarien, la trompe est petite et repliée sur elle-même.

Deux fragments de reins, recueillis après autopsie, et conservés dans l'alcool nous ont été remis. L'un provient du rein gauche dont l'uretère fut lié au cours de l'opération ; l'autre provient du rein droit. Tous deux présentent à l'œil nu les altérations suivantes : La substance corticale d'épaisseur normale est pâle, comme en dégénérescence très légère ; à la jonction des pyramides et de la substance corticale quelques petits points rouge foncé, petits foyers hémorrhagiques ; ces foyers sont beaucoup plus abondants dans le rein gauche.

DÉFINITION HISTOLOGIQUE. — *Utérus.* Epithélioma pavimenteux lobulé.

Rein gauche. — Infiltration interstitielle diffuse de cellules embryonnaires plus accentuée dans les pyramides de Malpighi, moins dans les pyramides de Ferrein ou prolongements médullaires, légère dans la substance corticale. Les tubes urinifères ne sont en aucun point et à aucun degré dilatés ; leurs parois sont normales, leur épithélium n'est pas sensiblement altéré, au moins autant qu'on peut en juger après le durcissement par l'alcool absolu.

A l'union de la substance corticale et des pyramides de Malpighi veines gorgées de sang et à leur voisinage immédiat épanchement sanguin dans l'intérieur des tubes urinifères.

Rein droit sain. Ses tubuli sont au moins aussi larges que ceux du rein gauche. Peut-être existe-t-il une légère dégénérescence amyloïde des deux reins.

REMARQUES. — Dans ce cas, étant donnée la nécessité d'une intervention chirurgicale, la voie sacrée était seule indiquée ; la cavité du vagin atrophiée et rétrécie, l'absence presque totale de saillie du col, ne permettait pas de tenter l'ablation de l'utérus par la voie vaginale.

Comme il résulte de la lecture de l'observation, l'opération fut longue et difficile, elle dura plus de deux heures. Ses dif-

ficultés nous paraissent multiples et un peu exceptionnelles :

Nous avions affaire à une femme obèse, chez laquelle tous les organes du petit bassin étaient entourés d'une véritable surcharge de graisse, d'où la difficulté de reconnaître les viscères et de les isoler les uns des autres. Cette surcharge graisseuse joua un rôle considérable dans la difficulté éprouvée à pénétrer dans la cavité péritonéale; le péritoine était en effet doublé d'une couche graisseuse tellement épaisse qu'il était presque impossible de le reconnaître.

Un second point dont la faute incombe au chirurgien, c'est que la résection latérale du sacrum fut manifestement insuffisante.

Enfin, nous avions à enlever un utérus adhérent non seulement par son col et par la dégénérescence qui envahissait l'un des ligaments larges, mais par suite de l'immobilisation des annexes malades et fixées aux parois du bassin.

Cette adhérence des annexes entraîna à pratiquer leur ablation, ce qui est peut-être inutile, sinon nuisible en prolongeant l'opération. Après l'ablation des annexes je crus devoir refaire les pédicules des deux ligaments larges pour en assurer l'hémostase, et c'est alors qu'attirant à moi le pédicule gauche, je plaçai un nouveau double nœud en anses qui enserra l'uretère correspondant sans d'ailleurs en obstruer totalement le calibre. Il est probable que la ligature avait glissé au moment où le nœud fut serré. Cette ligature n'aurait donc influé en rien sur le cours de l'urine, mais au-dessous d'elle un vaisseau donnant du sang fut lié avec un fil de soie que je passai à l'aide de l'aiguille de Reverdin. C'est cette seconde ligature qui obstrua l'uretère complètement.

(*A suivre.*)

N°s	OPÉRATEURS	DATE de l'opérat.	INDICATION OPÉRATOIRE	VOIE SUIVIE
I	**Gersuny**. *Wien. klin. Woch.* 28 febr. 1889, n° 9, p. 171.	2 déc. 1888	Impossibilité d'abaisser l'utérus.	Rés. du coccyx et de partie du sacrum au-dessous du 3 [illegible]
II	**Hochenegg** (*Idem*).	2 déc. 1888	Utérus rétro-fléchi, fixé, masse polykyst. adhér. dans lig. large.	Idem.
III	**Hochenegg**. *Wien. klin. Woch.* 25 juillet 1889 et suivants.	20 juin 1889	Cancer de la paroi postér. du vagin et de la lèvre postér. du col.	Idem.
IV	**Hochenegg** (*Idem*).	7 juillet 1889	Utérus gros, immobile, extension au vagin. Kyste dermoïde.	Idem.
V	**Hegar**. *Berl. klin. Woch.* 1889, p. 202 et *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XVII, Hft 1, p. 37.	2 déc. 1888	Cancer du corps.	Résection ostéoplastique.
VI	**Hegar**. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* Bd VII, Hft 1, p. 37.	1 mars 1889	Cancer du corps avec infiltration du ligament large gauche.	Idem.
VII	**Hegar** (*Loc. cit.*).	12 mars 1889	Cancer du col. Utérus peu mobile.	Idem.
VIII	**Hegar** (*Loc. cit.*).	14 mai 1889	Cancer bourgeonnant du col avec rétract. et indur. des ligam. larges	Idem.
IX	**Roux**. *Corresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte.* 1889, p. 449.	3 mars 1889	Cancer très volumineux du corps.	Sect. transvers. du sacrum au-dessous du 3e trou après libér[illegible] son bord droit. Réappli[illegible]
X	**Roux** (*Loc. cit.*).	30 avril 1889	Carcinome du cul-de-sac avec vaginite adhésive.	Idem.
XI	**Zinsmeister**. *Centrbl. f. Gyn.* 1890, p. 51.	?	Utérus gros, fixé, vagin étroit.	Idem.
XII	**Czerny**. *Beit. z. klin. Chir.* 1891, Bd VII, Hft 2, p. 477.	28 juin 1889	Corps fixé, en rétroversion. Noyau du ligament large.	Ablation de l'aile droite [illegible]crum.
XIII	**Czerny** (*Loc. cit.*).	24 juillet 1889	Cancer de la lèvre antér. envahissant vagin et paramétrium droit.	Idem.
XIV	**Czerny** (*Loc. cit.*).	20 nov. 1889	Cancer du col avec infiltration du parametrium gauche.	Incision parasacrale gauch[illegible] résection du coccyx.
XV	**Kufferath**. *Soc. belge de gyn.* 1891, t. I, p. 177.	?	Corps de l'utérus volumineux, peu mobile.	Incision parasacrale dr[illegible] tournant l'anus et al[illegible] qu'au milieu de la [illegible] postérieure de la vulve.
XVI	**P. Müller**. *Corresp.-Bl. f. Schw. Aerzte* 1891, p. 38.	18 octob. 1890	Cancer du corps. Utérus mobile.	Incision médiane. Résect[illegible] partie inférieure du sa[illegible] du coccyx.
XVII	**P. Müller** (*Idem*).	22 octob. 1890	Cancer du corps. Utérus mobile.	Idem.
XVIII	**P. Müller** (*Idem*).	19 nov. 1890	Cancer du col envahissant en avant et à droite le vagin. Utérus mob.	Idem.
XIX	**Kni**. *Med. Obozr.*, 1891, p. 1.	19 février 1890	Col détruit, utérus gros, peu mobile.	Résect. oblique de la part[illegible] rieure droite du sacrum [illegible] coccyx. Réapplication d[illegible]
XX	**Kni** (*Idem*).	11 avril 1890	Cancer végétant ayant envahi le vagin. Utérus gros, peu mobile.	Idem.
XXI	**Kni** (*Idem*).	?	Cancer ayant envahi la portion sus vagin. et les ligam. utéro-sacrés.	Idem.
XXII	**F. Terrier**.	19 nov. 1890	Cancer du corps, adhérent à gauche. Salpingite gauche.	Résection oblique de la [illegible] infér. du sacrum et du [illegible]
XXIII	**F. Terrier**.	1 février 1891	Destruction du col, envahissement des li[illegible] Vagin rétréci	Incision parasacrée à gau[illegible] section peu étendue du sa[illegible]

INCIDENTS DE L'OPÉRATION	ACCIDENTS POST-OPÉRATOIRES	RÉSULTAT
. . . .	Fièvre passagère, 39°.	Guérison.
. . . .	Au bout de quelques jours fistule stercorale.	Guérison avec un anus sacré.
. . . .	. . . .	Guérison.
Déchirure du gros intestin. Ouverture de la vessie adhérente.	. . . .	Mort. On avait lié l'uretère droit.
Difficultés dans l'ouverture du péritoine.	Nécrose du fragment réappliqué.	Guérison.
. . . .	Intoxication iodoformée le troisième jour.	Guérison.
Hémorrh. osseuse abond. Difficultés opératoires considérab. Femme très grasse.	Le 12, 38°; le 13, 39°, 40°; le 14, 39°.	Mort le troisième jour. Cellulite pelvienne.
Dissection laborieuse de l'utérus.	39°; 39°,6.	Mort 36 heures après l'opération. Pas d'autopsie.
Nécessité d'introduire la main entière pour saisir l'utérus et l'extraire.	. . . .	Guérison.
Ouverture de la vessie.	Intoxication iodoformée. Fistule urinaire.	Guérison avec reprise du cours normal des urines.
Difficultés à ouvrir le péritoine. Perforation du rectum.	. . . .	Mort 4 heures après l'opération (paralysie cardiaque ?).
Ablation de l'ovaire cancéreux et de noyaux périutérins.	. . . .	Guérison opératoire. Récidive rapide. Mort le 18 janvier 1890.
. . . .	. . . .	Guérison.
Opération pénible durant 2 h. 1/2.	Fistule urétérale gauche.	Guérison en conservant une fistule urétérale.
. . . .	Fistule urétérale du côté ?	Mort le quinzième jour de dyspnée urémique.
Déchirure de la vessie.	. . . .	Guérison.
Hémorrhagie abondante à la suite de la section osseuse.	Pelvipéritonite subaiguë.	Guérison.
Hémorrhagie venant des tissus présacrés.	Phlegmatia.	Guérison.
Déchirures de la vessie : une complète, une incomplète. Durée 2 h. 1/2.	Septicémie.	Mort. (Cellulite pelvienne.)
Difficultés à ouvrir le péritoine. On ouvre à sa place le cul-de-sac vaginal.	Récidive constatée après 5 semaines. (Le cancer avait envahi la vessie.)	Guérison opératoire. Mort 2 mois 1/2 après.
Ouverture d'une anse d'intestin adhérente. On ne termine pas l'opération.	. . . .	Guérison opératoire.
. . . .	Eschare étendue de la fesse.	Guérison maintenue 8 mois 1/2 après.
Grandes difficultés opératoires. Durée 2 heures 10.	. . . .	Mort. Ligature de l'uretère gauche. Pelvipéritonite suppurée.

TUBERCULOSE ET GESTATION (1) (*Fin.*)

ÉTUDE CLINIQUE

Par le Dr **Alphonse Herrgott**, professeur de clinique obstétricale
à la Faculté de Nancy.

III. — Influence de la grossesse, de l'accouchement, de la puerpéralité et de l'allaitement sur la tuberculose.

Les détails dans lesquels je suis entré, les citations que je viens de vous rapporter, me permettent d'être bref ; aussi, je ne m'étendrai pas longuement sur les statistiques qui se trouvent dans ces divers mémoires pour savoir combien de fois la tuberculose a été aggravée et combien de fois elle n'a pas paru être influencée par la grossesse.

Connaissant maintenannt, grâce aux découvertes de Villemin et de Koch, la véritable cause de la phtisie, nous comprenons mieux le mécanisme, l'évolution de cette intoxication. Ces tubercules que l'on trouvait dans les organes contaminés et dont on ne pouvait que constater les divers degrés, nous savons qu'ils sont produits par un bacille, *véritable épine vivante*, qui, par sa présence, irrite les tissus environnants, qui se multiplie et dont les produits excrétés sont des toxines qui empoisonnent l'organisme sur lequel il se développe.

Tout ce qui, dès lors, affaiblira cet organisme, tout ce qui en diminuera la résistance, favorisera par cela même l'invasion et le développement de l'agent infectieux. Or, la grossesse et surtout les grossesses répétées, sont des causes indiscutables d'affaiblissement qui finissent par livrer désarmé l'individu incapable de réagir et de se défendre.

Les faits ne sont, hélas, que trop nombreux pour démontrer

(1) Voir *Annales de Gynécologie*, n° de juillet 1891.

le bien fondé de cette proposition. Cette année est particulièrement féconde en exemples de ce genre. Nous avons eu à la fois, dans nos salles, il y a trois mois, ainsi que vous l'avez vu, cinq femmes enceintes qui étaient phtisiques ; plusieurs d'entre elles étaient multipares.

La grossesse peut donc être considérée à juste titre, surtout quand elle est répétée à de courts intervalles, comme étant de nature à mettre la femme dans un état propice de réceptivité bacillaire ; elle devient un terrain favorable à l'infection tuberculeuse, surtout quand elle y est déjà prédisposée soit par des antécédents héréditaires, soit par sa constitution même.

M. Landouzy, lors du Congrès de la tuberculose tenu à Paris en 1888, a insisté sur cette prédisposition particulière à certains sujets affectés du type dit vénitien. « Il est du plus haut intérêt, dit-il (1), de connaître au point de vue thérapeutique, au point de vue prophylactique quels sont les individus qui sont plus particulièrement exposés à se tuberculiser. Pour ce qui concerne l'opportunité tuberculeuse innée, j'affirme que les individus à peau fine et blanche, aux formes opulentes, aux yeux bleus, aux cheveux roux, qui représentent en un mot, ce que j'ai appelé le *type vénitien*, sont des candidats à la tuberculose. Il y a là des conditions d'opportunité difficiles à expliquer, mais qui se retrouvent pour d'autres maladies infectieuses. »

Il en est de même des sujets qui ont été atteints de la petite vérole qui, eux aussi, sont plus particulièrement tuberculisables. « Quant à l'opportunité tuberculeuse acquise, continue M. Landouzy, un fait m'a frappé, c'est que tout individu qui a été variolisé, devient un candidat à la tuberculose. Je puis affirmer que depuis six ans, j'ai observé trois cents variolisés, vaccinés ou non, ce chiffre paraît considérable, et que sur ce nombre, je n'en ai trouvé que dix qui n'étaient pas

(1) *Congrès de la tuberculose*. Séance du 31 juillet, matin. *Semaine médicale*, p. 302, 1888.

tuberculeux ; ils étaient âgés de seize à cinquante-neuf ans ; et encore sur les dix qui n'étaient pas tuberculeux, il y en avait trois qui, par ce fait même qu'ils étaient des cardiopathes et des artério-scléreux étaient presque mis à l'abri de la contagion de la tuberculose. »

On comprend facilement qu'une grossesse qui évoluerait chez des pareils sujets augmenterait encore considérablement la prédisposition à l'infection bacillaire.

Pendant la durée de la grossesse il sera parfois difficile de reconnaître le début de l'invasion des bacilles dans le parenchyme pulmonaire, mais malgré l'absence de signes de la tuberculose latente dont elle est atteinte, la femme n'en sera pas moins tuberculisée et l'avenir ne confirmera que trop rapidement, après l'accouchement, la gravité de la situation.

Souvent aussi, la phtisie reconnue avant la grossesse pourra *sembler* s'améliorer au point que certains accoucheurs, nous l'avons vu, considéraient même la gestation comme ayant une action favorable sur l'inflammation pulmonaire. Mais, les observations ne sont que trop nombreuses pour démontrer que cette amélioration n'était qu'illusoire. La tuberculose comme pour réparer le temps perdu s'aggravera après l'expulsion du fœtus et les malheureuses succomberont souvent à une phtisie qui aura pris l'allure dite « *galoppante* ».

Sur 13 malades, observées jusqu'à la mort par Grisolle, la durée totale de la maladie a été diminuée plutôt qu'augmentée. Chez toutes elle s'est terminée du huitième au quinzième mois à dater du début des premiers symptômes. Elle a duré en moyenne neuf mois et demi, chiffre notablement inférieur à celui que l'éminent clinicien a observé chez un nombre égal de femmes du même âge que les précédentes et qui étaient devenues phtisiques en dehors de la grossesse ; chez ces dernières la durée de la maladie avait été de seize à dix-huit mois.

Lebert dans une statistique basée sur 25 cas, dans lesquels

la durée de la maladie a pu être fixée d'une façon précise est arrivé à un résultat analogue.

Les fatigues de l'accouchement, les hémorrhagies qui l'accompagnent si souvent, sont des causes de nature à imprimer à la tuberculose une activité plus grande.

Tous les auteurs sont unanimes à reconnaître l'influence fâcheuse de la parturition sur la phtisie.

Vous avez vu, Messieurs, il y a quelques jours, une femme de 38 ans, primipare, chez laquelle nous avions été obligé de provoquer l'accouchement prématurément pour un rétrécissement pelvien. Cette femme qui était atteinte de tuberculose pulmonaire a succombé 48 heures après l'accouchement à une congestion pulmonaire vraisemblablement causée par l'état infectieux du poumon aux sommets desquels l'autopsie a révélé l'existence de plusieurs foyers tuberculeux en voie de ramollissement.

Il est évident que chez cette femme, l'accouchement a été le point de départ de l'aggravation des troubles pulmonaire qui l'ont enlevée.

Je ne ferai que mentionner ici des accidents, qui, tels que des hémoptysies foudroyantes, ont forcé l'accoucheur à pratiquer l'opération césarienne *post mortem*, comme dans les cas observés par Huguier, Guéniot (1) et Budin (2). Ce sont des faits heureusement exceptionnels ; aussi, sans être obligé de m'appuyer sur de pareils exemples, il me semble impossible de méconnaître le rôle accélérateur que joue l'accouchement dans l'évolution des lésions tuberculeuses, rôle que la presque'unanimité des auteurs s'accorde à reconnaître.

L'allaitement, surtout quand il est prolongé au delà du terme habituel, agira de la même manière que la grossesse par l'épuisement qui en sera la conséquence ; il mettra les femmes dans un état de dépression qui facilitera l'invasion et le développement du bacille infectieux.

---

(1) Cités par Tarnier et Budin. *Loc. cit.*, p. 89.

(2) *Progrès médical*, p. 169, 1876.

La grossesse, l'accouchement, l'allaitement sont donc des causes qui préparent favorablement un *terrain* sur lequel pourra se développer facilement le bacille qui produit la tuberculose, ce sont des causes qui seront d'autant plus efficaces qu'elles seront répétées et que la femme par sa constitution et ses antécédents y sera prédisposée.

IV. — Influence de la tuberculose sur la gestation.

Quelques auteurs pensent que la phtisie n'a pas d'influence sur la marche de la grossesse. M. Chambrelent, de Bordeaux, a fait au congrès de la tuberculose, la relation de trois cas de méningite tuberculeuse observés chez des femmes enceintes et il termine sa communication en disant (1) : « Il semble résulter de ces observations que la grossesse ne paraît pas avoir d'influence manifeste sur la marche de la maladie. Mais, fait plus curieux, la maladie, même dans sa période ultime, ne paraît pas avoir d'influence sur la grossesse et sur la santé du fœtus. »

Cette manière de voir n'est pas celle qui est généralement admise ; souvent la grossesse est interrompue avant le terme normal.

Portal (2), dans son *Traité sur la phtisie*, publié en 1792, s'exprimait déjà en ces termes : « Combien de personnes débiles et dont la poitrine n'était pas bien développée sont devenues phtisiques à leur première grossesse ! C'est surtout fréquent dans celles qu'on marie trop jeunes avant leur entier développement et cela n'est que trop commun ; souvent alors la phtisie se manifeste par ses premiers symptômes et elle se termine par être mortelle plus ou moins de temps après la couche ; rarement portent-elles leur enfant jusqu'au neuvième mois ; ordinairement elles accouchent au septième et fréquemment elles font des fausses couches ».

Sur quinze femmes phtisiques qui ont eu ensemble vingt

(1) *Bulletin médical*, p. 993. 1888.

(2) Cité par ORTEGA, p. 20.

grossesses, M. Ortega a observé dix accouchements à terme, deux avortements de 3 à 4 mois, et 8 accouchements prématurés dont deux enfants seulement étaient viables.

Parmi ces quinze malades, il y en a quelques-unes qui ne sont devenues tuberculeuses que pendant ou après une ou plusieurs grossesses, or, ces femmes accouchaient à terme tant qu'elles étaient bien portantes, mais, dès qu'elles étaient devenues phtisiques, elles n'atteignaient plus le terme normal de la grossesse que dans la moitié des cas.

Quant aux enfants, même ceux qui naissent à terme, lorsque leur parents sont phtisiques, ils sont, ainsi que le fait remarquer Lebert, le plus ordinairement faibles, souvent ils deviennent scrofuleux puis tuberculeux.

Les statistiques d'Ortega et de Bourgeois (1) confirment la triste vérité de cette assertion. Sur 62 grossesses de femmes tuberculeuses au deuxième degré, Bourgeois n'a trouvé que 16 enfants bien portants. Quelques-uns des autres avaient été expulsés avant d'avoir atteint le terme de leur viabilité et, 50, atteints de scrofule à leur naissance avaient succombé, après un temps plus ou moins long, à la tuberculose.

M. Peter (2) a parfaitement résumé en ces termes le sort de l'enfant né de parents tuberculeux : « La grossesse n'est pas seulement funeste à la mère, elle l'est encore à l'enfant auquel une de ces trois choses peut arriver ; ou il vient au monde prématurément, fœtus ou mort-né, sa mère ne lui fournissant qu'incomplètement les matériaux de sa nutrition ; ou il naît au septième mois, enfant petit et souffreteux, qui meurt au bout de quelques jours par impuissance de vivre ; ou enfin, il vient à terme pour succomber quelques mois plus tard, le plus habituellement à des convulsions qui sont celles de la méningite tuberculeuse. On ne voit guère

(1) Cité par CHARPENTIER. *Traité pratique d'accouchements*, 2 édit., II, p. 642.

(2) *Clinique médicale*, 1879 t. II, p. 500.

l'enfant fournir uue carrière plus longue que si la mère était peu tuberculeuse encore ou le père exceptionnellement robuste ».

Cette manière de voir était celle qui était généralement admise, lorsque quelques auteurs qui se sont occupés des maladies de l'enfance ont été amenés à considérer la tuberculose comme une affection d'autant plus rare chez le nouveau-né qu'il était moins éloigné du moment de sa naissance. Ils admettent bien l'hérédité de terrain, mais pas l'hérédité de graine. Ainsi, d'après Hervieux (1), sur 100 décès d'enfants, variant de 0 à 2 ans, la mortalité par la tuberculose serait de 2,8 p. 100. Pour Frœbelius (2), elle ne serait même que de 0,4 pour des nourrissons de 1 à 4 mois.

Les recherches de MM. Landouzy et Queyrat (3), semblent au contraire démontrer que cette affection est beaucoup plus fréquente que ne l'indiquent les statistiques que nous venons de rapporter. Pour eux, la mortalité causée par la tuberculose serait au moins de 18 p. 100. Ce coefficient serait même plus élevé si tous les enfants décédés dans le service de M. Landouzy, à la crèche de l'hôpital Tenon, avaient pu être autopsiés. « Notre désaccord, disent-ils, tient à ce que les preuves bactériologiques en mains, nous pouvons avec certitude rapporter à la tuberculose, et considérer comme monnaie de tuberculose, telles broncho-pneumonies que nos devanciers pouvaient tout au plus suspecter tuberculeuses ».

L'année suivante, en 1887, M. Landouzy (4) publie une nouvelle série de recherches dans laquelle on voit combien la tuberculose fait de nombreux ravages parmi les enfants du premier âge ; sur une population de 127 enfants, il y a eu en trois mois, 23 décès, dont 7 causés par des affections tuberculeuses.

(1) Cité par LANDOUZY et QUEYRAT. *Gaz. hebdom.*, p. 255. 1886.

(2) *Jahrbuch fur Kinderheilkunde*, t. XXIV fac. 1 et 2. 1886.

(3) Note sur la tuberculose infantile. *Société médicale des hôpitaux*. Séance du 9 avril 1886 et *Gaz hebd.*, p. 255 et 272.

(4) *Revue de médecine* du 10 mai 1887.

Les professeurs Damaschino (1) et Lannelongue (2), en se basant sur leur expérience hospitalière, affirment la fréquence notable de la tuberculose chez les très jeunes enfants. Notre collègue, le docteur P. Simon (3), dans un récent travail sur la fréquence de la tuberculose chez les enfants, est également amené à conclure que la tuberculose est extrêmement fréquente dans le premier âge.

Nous pouvons donc considérer comme cliniquement démontrée la fréquence de la tuberculose chez les nourrissons nés de parents tuberculeux.

Mais quelle est l'origine de cette tuberculose ?

Ces enfants reçoivent-ils seulement une constitution qui est un *terrain* favorable au développement du bacille infectieux ou bien apportent-ils en naissant le *germe* même de la maladie.

« En présence de certains faits de tuberculose chez des enfants de quinze jours, de six semaines, de deux mois, pour lesquels, dit M. Landouzy (4), une enquête minutieuse ne révèle aucun des modes habituels ou exceptionnels de contagion, force est bien de chercher si ces enfants, nés de parents entachés de tuberculose antérieurement à la conception, ne sont pas venus au monde avec le germe tuberculeux ? Ces bébés n'ont-ils pu naître, non seulement tuberculisables à la faveur du terrain (simple condition d'opportunité morbide), mais tuberculisés à la faveur du passage de la graine tuberculeuse du générateur à l'engendré ? »

D'autre part, si l'enfant en naissant porte en lui le germe de la tuberculose, il faut que ce soit ou son père ou sa mère qui le lui ait transmis.

Est-ce la tuberculose de la *mère* seule qui joue un rôle si fâcheux sur le produit de conception, ou bien, la phtisie du

(1) Communication orale. *Soc. méd. des hôpitaux*, Séance du 23 avril 1886.

(2) Tuberculose externe et congénitale précoce. *Etudes cliniques et expérimentales sur la tuberculose*, publiées par VERNEUIL, p. 78. 1887.

(3) *Revue médicale de l'Est*, 15 avril 1891, p. 225.

(4) *Gazette hebd.* loc. cit., p. 272.

père peut-elle avoir aussi une pareille influence sur la marche de la grossesse, sur le développement du fœtus, sur sa tuberculisabilité ou même sur sa tuberculisation ?

C'est ce que nous allons examiner.

A. — Influence de la tuberculose paternelle

Le premier auteur qui ait soutenu la possibilité de la transmission de la tuberculose paternelle directement au fœtus, est M. Baumgarten, ainsi que le rappelle M. Hutinel dans une intéressante leçon sur l'hérédité de la tuberculose publiée dans la *Semaine médicale*, en 1889 (1).

M. Landouzy, adoptant les idées de Baumgarten, a communiqué, en 1888, au congrès de la tuberculôse, le cas de quatre enfants morts d'infection tuberculeuse, entre 3 et 12 mois, après avoir été allaités, soit par leur mère qui était bien portante, soit par une nourrice absolument saine, alors que leur père seul était phtisique.

M. Landouzy se demande si, en présence de semblables faits, il n'y a pas lieu de songer à la possibilité d'une contagion conceptionnelle du spermatozoïde sur l'ovule? « Ce qui me le fait penser, dit-il (2), c'est que j'ai vu des femmes qui, tout en restant saines après avoir engendré un enfant tuberculeux, ont eu consécutivement à cette première grossesse, plusieurs autres grossesses avortées. Cette polyléthalilé fœtale ne s'explique que par une contagion para-ovulaire. »

Dans le même congrès, M. La Torre, de Messine, est également venu affirmer l'action fâcheuse de la tuberculose paternelle sur le développement du fœtus. « Il résulte de mes expériences, dit-il (3), que le sperme tuberculeux est susceptible de tuberculiser l'ovule fécondé. Donc le père tuberculeux peut transmettre au fœtus et une prédisposition

(1) P. 299.

(2) *Semaine médicale*, 1888, p. 301.

(3) *Semaine médicale*, 1888, p. 295.

morbide fâcheuse (le terrain) et la maladie spécifique elle-même (la graine). La tuberculose généralisée du père étant parfaitement capable d'enrayer le développement du fœtus. »

Tout récemment, il y a quelques jours à peine, M. Landouzy a fait paraître dans la *Revue de médecine* (1) un travail, très remarquable, sur l'hérédité tuberculeuse, dans lequel il apporte de nouveaux faits d'hérédité tuberculeuse infantile d'origine paternelle.

Cinq enfants, nés d'un père phtisique et d'une mère parfaitement bien portante, meurent successivement peu de temps après leur naissance en présentant tous des lésions tuberculeuses incontestables. « On nous accordera, dit-il, que la tuberculose pourrait bien être ici de pure hérédité paternelle et que si les enfants à leur première année, *mouraient tuberculeux, c'est qu'ils étaient nés tuberculisés par un père tuberculeux* dont le sperme aurait pu par imprégnation directe, tuberculiser l'ovule maternel. »

Connaissant la nature microbienne de la tuberculose, l'interprétation de pareils exemples d'hérédo-tuberculose paternelle n'est possible que si l'on admet que le germe spécifique, le bacille, contamine le sperme avant son union à l'ovule.

Un élève de Weigert, C. Jani (2), se basant sur la nature parasitaire de la tuberculose, avait déjà essayé, en 1886, d'élucider la question de l'hérédité de cette maladie. Il avait extrait et examiné le sperme de neuf malades atteints de tuberculose pulmonaire, mais dont les organes génitaux paraissaient sains. Si les résultats de l'examen du sperme furent négatifs, il avait cependant réussi à constater quatre fois la présence du bacille de Koch dans ces organes génitaux dans lesquels l'examen histologique ne découvrait aucune altération pathologique.

De ce que des bacilles aient été trouvés dans les canaux

---

(1) Numéro du 10 mai 1891, p. 422.

(2) *Virchow's Archiv*, t. CIII, fasc. 3, p. 252 et *Gazette médicale de Paris*, 3 avril 1886.

séminifères et dans la prostate de sujets morts tuberculeux, Jani pense que l'on est en droit d'admettre comme possible l'infection de l'œuf par le sperme d'un procréateur tuberculeux ; mais le fait ne serait rigoureusement établi que lorsqu'on parviendrait à féconder artificiellement une femelle saine avec du sperme d'un mâle tuberculeux, et que la femelle ainsi fécondée, procréerait des petits également tuberculeux.

MM. Landouzy et H. Martin (1) démontrèrent par une série d'expériences la virulence du sperme tuberculeux. Ils inoculèrent à seize cobayes du sperme de cobaye tuberculeux ; six de ces inoculations furent positives et démontrèrent la qualité tuberculisante du sperme de cobayes atteints de tuberculose généralisée et indemnes, en apparence, de tuberculose génitale.

M. Hutinel ne trouve pas que la constatation de la virulence du sperme tuberculeux soit une preuve de nature à prouver d'une manière absolument convaincante le passage du bacille avec le sperme dans l'ovule. « Le bacille est immobile, dit-il (2), il faut donc admettre que c'est le spermatozoïde lui-même qui le porte dans l'ovule ; or, le spermatozoïde n'est pas une cellule à protoplasme, mais c'est un noyau difficile à pénétrer. On ne saisit pas bien la façon dont il peut effectuer ce transport.

Il est évident que la démonstration de la virulence du sperme tuberculeux n'entraîne pas fatalement la tuberculisation de l'ovule. Il est même bien difficile, je le reconnais, de se figurer le mécanisme par lequel le sperme *bacillifère* contaminera le produit de conception. Mais, bien que nous ignorions la manière dont se fait l'infection *syphilitique* d'un fœtus comme cela a lieu dans le cas ou le père seul est malade, alors que la mère reste saine, nous en admettons

(1) *Études expérimentales et cliniques sur la tuberculose*, 1er fascicule, p. 59, 1887.

(2) Loc. cit. *Semaine médicale* ; p. 230. 1889.

cependant la possibilité. Ces exemples de syphilis de pure hérédité paternelle, sans contamination apparente de la mère, nous en reconnaissons l'existence, parce qu'ils sont basés sur des faits cliniquement établis par Colles, par Hutchinson, par tous ceux qui se sont occupés de syphilis. Aussi, par analogie, en nous basant sur des faits aussi cliniquement bien établis que ceux rapportés par M. Landouzy, nous croyons pouvoir admettre logiquement avec lui que « dans certains cas, la cellule mâle a pu importer le bacille : que c'est la graine tuberculeuse que le père a transmise; l'enfant va naître non pas bacillisable, mais bacillisé, l'éclosion de sa maladie héréditaire étant subordonnée à une série de circonstances qui pourront la retarder ou l'accélérer ».

Si la tuberculisation directe de l'ovule par le sperme tuberculeux n'est pas admise par tous, il n'en est plus de même de l'action fâcheuse que peut avoir la phtisie du père sur la *constitution* du fœtus. Celui-ci, s'il vit, sera souvent prédestiné à la tuberculose, il deviendra ce que l'on appelle vulgairement « un candidat à la phtisie ».

De nombreux exemples malheureusement sont là pour confirmer la justesse de cette proposition ; aussi, les auteurs sont presque unanimes sur ce point.

B. — Influence de la tuberculose maternelle

Les rapports entre la mère et le fœtus étant plus intimes, plus prolongés, la transmission de la tuberculose maternelle se conçoit plus facilement, et, si elle se fait, il y a tout lieu de croire que c'est surtout par le passage du bacille à travers le filtre placentaire que s'effectue la contamination.

Mais, y a-t-il entre la mère et le produit de conception, autre chose qu'un échange exosmotique et endosmotique de gaz et de liquides nécessaires à la respiration et à la nutrition du fœtus ? En un mot, *le passage d'éléments figurés* à travers le tissu du placenta est-il possible ?

Cowper (1) serait, d'après M. Chambrelent (2), un des premiers qui aient fait des expériences à ce sujet. Il injectait l'artère hypogastrique de la mère et constatait que le liquide de l'injection arrivait dans les cotylédons placentaires et jusque dans la veine ombilicale du fœtus.

Wieussens aurait également réussi à faire passer du mercure de la carotide d'une chienne dans les veines ombilicales d'un petit chien.

Ant. Dubois (3) ne doutait pas de la communication de la circulation de la mère avec celle du fœtus.

Flourens (4) était aussi de cet avis.

Cependant un certain nombre d'expérimentateurs tels que Monro (5), Rœderer (6), Magendie niaient l'exactitude des faits avancés par Cowper.

Les recherches de Coste et de Bonamy (7), démontrèrent définitivement l'indépendance et la non communication des deux circulations maternelle et fœtale.

L'examen histologique du placenta vint encore confirmer ces assertions. Une injection *bien faite* ne peut passer de la circulation maternelle dans la circulation fœtale, il faut pour que ce passage puisse s'effectuer qu'il se produise une fissure *artificielle* dans le tissu placentaire.

Ce point établi, la question ne tarda pas à renaître sous une autre forme, lorsque Davaine et Rayer (8) eurent découvert, en 1850, dans le sang des individus atteints de fièvre charbonneuse, un bâtonnet, ayant le double de longueur du globule sanguin, qui, quoique très petit, était cependant

(1) *Traité de médecine légale*, t. II, p. 150, 3e édit.

(2) *Recherches sur le passage des éléments figurés à travers le placenta.* Paris, 1882, p. 11.

(3) *Journal des découvertes scientifiques*, n° 8, p. 207.

(4) Communication à l'*Académie des sciences*, 15 février 1836.

(5) *Medical Essay*, t. II.

(6) *Comment. Soc. reg. Gotting.*, t. III.

(7) *Gazette méd. de Paris*, 1840.

(8) *Bulletin de la Société de biologie*, 1850.

perçu à l'aide des grossissements habituels du microscope.

« On se demande alors, dit M. Varnier (1), si des éléments très petits, en suspension dans le sang maternel, ne pourraient pas en traversant la tunique des vaisseaux pénétrer dans l'organisme du fœtus. » Il était tout naturel de rechercher si cette bactéridie que l'on trouvait dans le sang d'une femelle pleine ne traversait pas le placenta pour être retrouvée dans le sang des fœtus.

Brauell (2), de Dorpat, fit, dès 1857, des expériences à ce sujet qui lui permirent de conclure « que les embryons des animaux morts du charbon ne donnent à l'examen anatomique aucun signe de cette maladie. L'inoculation de leur sang donne toujours des résultats négatifs. Le charbon ne passe donc pas de la mère au fœtus ».

Davaine (3), ignorant les travaux de Brauell fit, à partir de 1864, des recherches analogues sur des cobayes en état de gestation et arriva aux mêmes résultats. « Le filtre que l'industrie humaine ne peut nous procurer, dit le savant académicien (4), la nature peut nous le fournir ; on sait en effet que, chez les mammifères en état de gestation le placenta ne laisse point passer les corps solides les plus petits, ni les corpuscules du sang, ni les substances les plus ténues que l'on emploie dans les injections.

Il était donc très probable que les bactéridies qui sont des corps solides, ne passeraient point de la mère au fœtus, et j'ai, en effet, pu vérifier ce fait dans un nombre de cas suffisant pour acquérir à ce sujet une certitude. »

Bollinger (5), Chauveau répétèrent ces expériences sur

---

(1) De la transmission intra-placentaire des microbes pathogènes de la mère au fœtus. Revue générale in *Annales de gynécologie*, t. XXIX, p. 284. 1888.

(2) *Virchow's Arch.* t. XIV, p. 416.

(3) Nouvelles recherches sur la nature de la maladie charbonneuse. *Académie des sciences*, séance du 22 août 1864.

(4) *Académie des sciences*, séance du 3 décembre 1867.

(5) *Deutsche Zeitschrifft. für Thiermediz*, II, 5.

des brebis pleines ; ils arrivèrent au même résultat. La bactéridie du charbon, le *bacillus anthracis* ne passait pas à travers le placenta.

Reitz (1) avait bien, en injectant du cinabre dans la circulation d'une lapine pleine, retrouvé des parcelles de ce sel dans le sang du fœtus ; mais les expériences analogues de Jassinsky (2), de Hoffmann et Langerhans (3), de Fehling étaient restées négatives ; aucun des corps insolubles injectés dans le sang maternel n'avait pu être retrouvé dans le sang fœtal. Ahlfeld (4) avait même démontré que les granulations graisseuses ne traversaient pas les parois des villosités placentaires. Les résultats obtenus par Reitz semblaient donc être la conséquence d'un accident opératoire. La loi établie par Brauell-Davaine était ainsi partout confirmée, aussi était-elle universellement acceptée.

« Cependant, écrivait, en 1878, le professeur Pinard (5), nous nous trouvons en face d'un fait encore inexplicable et contradictoire, à propos de la variole, si, comme on tend chaque jour à l'admettre davantage, l'agent virulent consiste dans une granulation, un *micrococcus ;* il n'en est pas moins vrai que des fœtus dans l'utérus ont été atteints de variole, ainsi que le prouvent de nombreuses observations.

Ici la question reste en suspens. »

Elle n'y demeura pas longtemps.

Dans une note, datée du 9 février 1880, adressée à l'Académie des sciences, MM. Arloing, Cornevin et Thomas (6), cherchant à différencier le charbon symptomatique qui produit les tumeurs emphysémato-gangreneuses, du charbon ou

---

(1) *Centralblatt für Medic.*, n° 71, 1868.

(2) *Virchow's Archiv.*, t. XLVIII.

(3) *Virchow's Archiv.*, t. XLVIII.

(4) *Centralblatt für Gynæcologie*, 1877, p. 265.

(5) Article Fœtus, in *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, p. 509.

(6) *Revue de médecine*, janvier 1881. Septembre et novembre 1883 et janvier 1884, et *C. R. de l'Académie des sciences*, 1882, t. XCII, p. 789.

sang de rate, qui produit la pustule maligne, démontrèrent que la bactérie du *charbon symptomatique*, beaucoup plus petite que celle du charbon proprement dit, *franchissait la barrière placentaire et se retrouvait dans le sang du fœtus.*

Peu après, en octobre 1882, M. Chambrelent (1), en faisant à Bordeaux, sous l'habile direction du Dr Roux, des recherches sur le choléra des poules qu'il avait inoculé à des lapines pleines, constatait qu'un certain nombre de bactéries passaient à travers le placenta et se retrouvaient dans le sang du fœtus.

A la même époque, MM. Straus et Chamberland communiquaient à la Société de biologie, dans sa séance du 11 novembre, les résultats de leurs expériences sur le passage de la mère au fœtus, du charbon symptomatique, du choléra des poules et du vibrion septique de Pasteur. Ces trois maladies d'origine microbienne, franchissent le placenta et se transmettent de la mère au fœtus. « Ce passage s'explique, disent-ils, par la mobilité de la bactérie du charbon symptomatique et du vibrion septique de Pasteur et par l'extrême ténuité du micrococcus du choléra des poules. »

Quelques jours s'étaient à peine écoulés, que ces savants expérimentateurs faisaient, le 16 décembre à la Société de biologie, une nouvelle communication dans laquelle ils démontraient d'une façon certaine, que dans le charbon, chez le cobaye, la barrière placentaire était souvent franchie, que le sang fœtal pouvait contenir des bactéridies et être virulent. « Le placenta, disent-ils (2), ne constitue donc pas, comme on l'a cru jusqu'au moment de nos recherches, une barrière infranchissable pour le bacillus anthracis. Dans un certain nombre de cas, le sang des fœtus des mères charbonneuses renferme des bactéridies, en assez faible quantité, il est vrai, pour que la culture soit nécessaire pour les déceler avec sûreté. De même ce sang se montre virulent, si

(1) *Loc. cit.*, p. 30.

(2) J. Straus. *Le charbon des animaux et de l'homme*, Paris, 1887, p. 187.

l'on a soin d'en employer, pour l'inoculation des quantités assez notables. *Le placenta n'est donc pas un filtre parfait* à l'égard du bacillus anthracis ; mais il joue cependant un rôle de filtration manifeste, puisqu'il ne livre passage qu'à un nombre restreint de microbes. Dans quelques cas seulement, cas exceptionnels, la filtration est parfaite et le sang du fœtus peut ne posséder réellement ni bactéridies ni virulence. »

M. Perroncito (1) et M. Koubassoff (2) répétèrent les expériences de MM. Straus et Chamberland et arrivèrent à des conclusions identiques.

La loi de Brauell-Davaine était donc erronée. Des éléments figurés, des microbes pouvaient donc passer de la mère au fœtus ; le filtre placentaire n'était pas infranchissable ; *il n'était pas parfait.*

La maladie microbienne de la mère était susceptible de contaminer le fœtus.

Théoriquement il était donc admissible de considérer la tuberculose maternelle comme susceptible de produire la tuberculose fœtale, le bacille ne semblant pas trouver dans les tissus des villosités placentaires un obstacle insurmontable à son passage du sang maternel dans le sang fœtal.

C'est en vue d'apporter des éléments de démonstration clinique et expérimentale susceptibles d'éclairer cette délicate question de la possibilité de la transmissibiltié du bacille de la tuberculose de la mère au fœtus que MM. Landouzy et H. Martin (3) firent, dès 1883, des expériences qui démontrèrent que des fœtus humains nés de mères phtisiques, non tuberculeux, macroscopiquement, par conséquent sains d'apparence, pouvaient, par inoculation, donner une tuberculose avérée à des cobayes.

---

(1) Sulla trasmissione del carbonchio dalle madri ai fœti. *Accademia dei Lincei*. Série 3, vol. XIV, séance du 14 mars 1883.

(2) *C. R. de l'Académie des sciences*, 1885, t. CI, p. 101.

(3) LANDOUZY et MARTIN. *Revue de médecine*, 1885, p. 1014 à 1032, et *Revue de médecine*, 1891, p. 415.

Ils inoculèrent dans la cavité péritonéale d'un cobaye, un fragment de poumon d'un fœtus né quelques heures auparavant d'une mère morte phtisique, et, au bout de quatre mois, le cobaye succombait à une tuberculose généralisée.

Dans une autre expérience ils inoculèrent du sang, des fragments de placenta, de poumon, de tissu hépatique, de pulpe cérébrale provenant d'un fœtus de cinq mois qui avait été retiré de l'utérus, trente-deux heures après la mort de sa mère qui était morte d'une phtisie laryngo-pulmonaire.

L'inoculation du sang fœtal produisit en deux mois une tuberculose généralisée ; celle du fragment placentaire également une tuberculose généralisée au bout de quarante jours. Les inoculations du tissu pulmonaire, du foie et de la pulpe cérébrale furent négatives.

Les résultats obtenus par MM. Landouzy et H. Martin ainsi que ceux obtenus par MM. Charrin et Kalt qui s'étaient placés dans des conditions analogues restèrent pendant quelque temps isolés.

MM. Grancher et Straus, Nocard, Leyden, Hutinel (1) essayèrent de reproduire la tuberculose chez des animaux en inoculant des viscères de fœtus nés de mères tuberculeuses, mais il ne purent y réussir.

M. Sanchez Toledo (2) fit également des tentatives analogues ; il prit 35 femelles de cobayes pleines qu'il rendit tuberculeuses. Il recueillit les organes des fœtus nés de ces mères tuberculeuses, les broya et les injecta à des séries d'animaux qui ne devinrent tuberculeux dans aucun cas.

Cependant, en 1885, Johne (3), de Dresde, en faisant l'autopsie d'une vache morte phtisique trouva dans la cavité utérine de cet animal un fœtus de 8 mois dont les poumons, le foie et les ganglions bronchiques étaient criblés de tubercules gros comme des pois presque complètement caséifiés

(1) Cités par HUTINEL. *Loc. cit.*, p. 230.
(2) Cité par HUTINEL. *Loc cit.*, p. 230.
(3) *Fortschr. d. med.*, 7, 1884, et *Semaine méd.*, p. 386. 1885.

ou crétacés. L'examen microscopique révéla tous les caractères de tubercules : agglomération de globules blancs, cellules épithéliales, cellules géantes et bacilles, surtout à la limite de la caséification des tubercules.

On comprend facilement l'importance d'une pareille autopsie qui permet de constater non seulement le passage du bacille des tissus maternels dans les tissus fœtaux à travers le placenta, mais encore leur évolution pathologique intra-utérine.

Ce cas n'est pas unique. M. Csokor (1) vient d'en communiquer un analogue, le 21 janvier 1891 à la Société des médecins de Vienne, qui prouve d'une façon incontestable, la transmission de la tuberculose de la mère au fœtus. Il s'agit d'une vache pleine atteinte d'une tuberculose pulmonaire compliquée d'une tuberculose des séreuses pleurale, péricardique et péritonéale. Dans le ligament hépato-duodénal du fœtus, il y avait des ganglions lymphatiques tuméfiés dans l'intérieur desquels on trouvait des foyers caséeux calcifiés. A la surface de ces ganglions, les vaisseaux lymphatiques superficiels étaient le siège de nombreux tubercules qui con tenaient de nombreux bacilles.

Il est probable, ainsi que le fait remarquer M. Csokor que l'infection a lieu par la veine porte, car les ganglions du ligament hépato-duodénal étaient seuls atteints.

Ces observations confirment pleinement les recherches de MM. Straus et Chamberland, celles de M. Chambrelent, et autres, relativement au passage des éléments microbiens de la mère au fœtus ; elles concordent aussi avec les faits observés par MM. Landouzy et H. Martin dans leurs expériences sur la transmissibilité de la graine tuberculisante de la mère au fœtus. Du reste, les assertions de ces derniers expérimentateurs viennent d'être pleinement confirmées par le travail de MM. Schmorl et Birch-Hirschfeld (2) dont la Revue de

(1) *Semaine médicale.* Lettre d'Autriche, p. 85. 1891.

(2) *Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur allgemeinen Pathologie* 1891, p. 429.

médecine, dans sa livraison du 10 mai 1891, nous donne la traduction.

Les résultats de ces inoculations sont d'autant plus importants que leurs auteurs semblent ignorer les recherches faites, il y a huit ans, par MM. Landouzy et Martin et qu'ils arrivent au mêmes conclusions. Ils injectent, dans la cavité péritonéale d'un lapin et dans celles de deux cobayes, des fragments de différents organes provenant d'un fœtus de 7 mois qui avait été extrait par une opération césarienne pratiquée sur une femme qui venait de succomber à une tuberculose diffuse.

Ces trois animaux inoculés devinrent tous les trois tuberculeux, et cependant, les organes fœtaux dont on avait inoculé les fragments paraissaient macroscopiquement sains. MM. Birch-Hirschfeld et Schmorl n'avaient pu trouver, malgré un grand nombre de préparations faites avec tous les organes, que quelques rares bacilles de Koch disséminés dans le tissu hépatique. Le placenta fœtal, examiné par eux, contenait quelques petites granulations, qui n'avaient pas la structure histologique habituelle du tubercule, et, quelques bacilles de la tuberculose irrégulièrement répartis dans les espaces intervilleux.

La perméabilité du filtre placentaire, la présence des bacilles de Koch dans le placenta, *dans le liquide amniotique ainsi que nous l'avons démontré*, dans les tissus fœtaux, présence surtout mise en évidence par leur action tuberculisante dans les inoculations, me paraissent être des preuves suffisantes pour considérer *la transmission du bacille tuberculeux de la mère au fœtus comme nettement démontrée*.

Il ne faut pas exagérer l'importance de cette proposition, et, de ce que la tuberculisation fœtale intra-utérine soit possible, conclure qu'elle se produit *toutes les fois* que la mère est phtisique. Une pareille interprétation serait inexacte et nullement en rapport avec ce que nous enseigne la clinique à laquelle il faut toujours avoir recours en dernier ressort.

Tous, nous connaissons des enfants nés de parents phtisiques, qui continuent à vivre bien portants et qui sont d'heureuses exceptions à la transmissibilité de la tuberculose.

Ce qui se passe dans l'espèce humaine s'observe également chez les animaux.

M. Bang (1), de Copenhague, en faisant connaître au Congrès de la tuberculose, le résultat de ses recherches sur la fréquence de la phtisie héréditaire chez les animaux, dit qu'il avait été très surpris de voir que des lapines tuberculeuses mettaient au monde et allaitaient des petits qui restaient indemnes, alors que M. Chauveau avait constaté la présence de tuberculose pulmonaire sur des fœtus de vaches tuberculeuses.

En présence de ces observations contradictoires, il avait demandé à ses collègues danois de lui faire connaître le résultat de leurs recherches sur cette importante question de l'hérédité tuberculeuse. Or, ils ont observé 32 fois, sur 165 cas, la tuberculose chez les veaux nouveau-nés, et même plusieurs de ces veaux avaient un embonpoint qui ne permettait pas de soupçonner au premier abord qu'ils étaient phtisiques. Nous avions déjà été frappé, on se le rappelle, de la bonne santé apparente du cobaye que nous avions tuberculisé avec le liquide amniotique que nous soupçonnions d'être virulent.

Au même congrès, M. Arloing (1), en communiquant les recherches de M. Galtier, a montré que cet expérimentateur qui avait tuberculisé des cobayes avant la copulation, sans parvenir à constater la présence du bacille de Koch dans les tissus fœtaux, avait, par contre, réussi à tuberculiser une lapine dont trois petits sur cinq étaient tuberculeux. La conclusion qu'il tire de ces faits, est que la transmission de la tuberculose par la voie intra-utérine est possible, mais qu'elle ne semble pas devoir être fréquente.

(1) *Congrès de la tuberculose*. Samedi 28 juillet 1888, et *Bulletin médical*, p. 1010, 1888.

(2) *Bulletin médical*, 1888, p. 1010.

Ces diverses expériences montrent bien qu'il y a une grande analogie, au point de vue de la transmissibilité de la tuberculose, entre ce que l'on constate chez les animaux, et ce que nous observons dans l'espèce humaine. La possibilité de la contamination est indéniable, mais elle peut parfaitement ne pas exister.

M. Malvoz (1), de Liège, a cherché à expliquer cette possibilité de l'infection fœtale par la production d'une lésion placentaire. Il pense que, pour que le passage d'un micro-organisme ait lieu de la mère au fœtus, il faut qu'il existe au niveau du placenta une lésion, une *effraction,* qui mette en communication directe la circulation maternelle avec la circulation fœtale. Aussi, d'après lui (2), pour que, dans la tuberculose, les bacilles atteignent l'embryon, il est nécessaire qu'il se forme, au niveau des villosités placentaires, des lésions comme, par exemple, un petit tubercule en voie de ramollissement. Alors seulement l'effraction existerait et l'infection se produirait.

Cette explication du mode de l'infection fœtale est ingénieuse. Elle est acceptable pour les cas où, comme ceux qui ont été constatés par Schmorl et Birch-Hirschfeld, on a en effet trouvé au niveau du filtre placentaire des lésions susceptibles d'en altérer l'intégrité ; mais, est-il bien nécessaire que cette *effraction* existe pour que le passage du microbe infectieux soit possible ? Ne voyons-nous pas, Messieurs, dans l'inflammation, la diapédèse des globules blancs se produire sans qu'il nous soit possible d'expliquer comment ces leucocytes, *véritables patrouilles sanitaires disséminées dans le torrent circulatoire*, sortent des vaisseaux pour aller tâcher de détruire par la phagocytose, l'élément microbien, qui, par sa présence dans les tissus, est susceptible d'infecter l'organisme ? Et cependant, cette diapédèse dont nous ignorons le mécanisme, nous l'admettons sans

(1) *Annales de l'Institut Pasteur,* 25 mars 1888.

(2) Congrès de la tuberculose. *Bulletin médical,* p. 1010. 1888.

faire intervenir l'existence d'une lésion, d'une effraction des parois vasculaires.

Il me semble donc inutile d'insister sur un mode de filtration que nos connaissances actuelles ne nous permettent pas, en général, de constater, et, ne retenons des faits que nous venons de relater, que la certitude d'une contamination possible, mais qui, heureusement, n'est pas fatalement nécessaire, et qui, lorsqu'elle existe, n'est pas fatalement mortelle.

« Chez tel bébé, en effet, écrit M. Landouzy (1), grâce à des réactions de terrain qui l'enkysteront et l'annihileront dans des frontières désormais infranchissables; ladite colonisation bacillo-tuberculeuse pourra rester l'aboutissant ultime de l'infection, la localisation morbide survivant à peine à la maladie causale. »

Malheureusement les exemples d'hérédo-tuberculose comme ceux que nous venons de relater ne sont que trop nombreux pour démontrer que la graine tuberculeuse est loin de toujours s'enkyster.

A côté de ce germe qu'une mère tuberculeuse peut transmettre à son enfant, elle peut aussi, bien plus souvent encore, lui transmettre une constitution, une manière d'être de l'économie qui le rendra plus apte à se tuberculiser. Ce que nous avons dit au sujet de l'influence de la tuberculose paternelle est bien plus accentué quand c'est la mère qui est phtisique, et, cette influence néfaste continuera à se faire sentir pendant toute la durée de la lactation si c'est elle qui le nourrit.

Je ne m'étendrai pas non plus davantage, Messieurs, sur les dangers de contagion auxquelles cet enfant si tuberculisable est sans cesse exposé s'il continue à vivre avec ses parents malades et, par conséquent, susceptibles de le contaminer. Ces faits sont trop connus, ils sont trop admis par tous, pour qu'il me soit permis de ne pas insister.

Cette étude sur les rapports réciproques de la gestation

---

(1) *Revue de médec.*, p. 419, mai 1861.

et de la tuberculose nous amène à formuler les propositions suivantes qui sont, nous le reconnaissons, plus théoriques qu'elles ne seront pratiquement acceptées.

Il faut engager toute personne dont les antécédents héréditaires sont tuberculeux, et qui présente des accidents pulmonaires, à retarder le moment de son mariage jusqu'à sa guérison.

Il faut conseiller le célibat à tout jeune homme atteint de phtisie.

Il faut également déconseiller le mariage à toute jeune fille atteinte de tuberculose.

Si les accidents tuberculeux se manifestent après le mariage, il faudra déconseiller la grossesse; l'allaitement, si elle est accouchée.

Quant à l'enfant né de parents phtisiques, il faudra lui donner une nourrice aussi parfaite que possible, en ayant soin de l'éloigner de toute cause de contamination tuberculeuse.

REVUE GÉNÉRALE

DE LA GROSSESSE APRÈS L'HYSTÉROPEXIE

Par le Dr **R. Labusquière.**

Aujourd'hui, que la valeur de l'hystéropexie abdominale est établie au point de vue des déviations et déplacements de l'utérus, on commence à s'occuper de ses conséquences indirectes, en particulier de celles qu'elle peut avoir sur la fonction de la reproduction.

Deux questions se posent :

1° L'hystéropexie a-t-elle une influence défavorable sur la conception ?

2° Quelle influence a-t-elle sur la fonction de l'utérus considéré comme organe gestateur ?

Plusieurs auteurs ont étudié le sujet à ce double point de vue (Küstner, Gottschalk, Sänger, M. Baudoin, Leopold, Jacobs, etc.) ; leurs travaux et les faits qu'ils ont rassemblés vont nous fournir les documents nécessaires pour cette revue.

I. — *L'hystéropexie crée-t-elle un obstacle à la conception ?*

A priori la réponse semble devoir être négative. Et la plupart des auteurs en ont jugé ainsi, mais en s'appuyant, au début, principalement sur des considérations théoriques. Redresser par exemple un utérus rétrodévié, n'est-ce pas précisément supprimer une difficulté à la fécondation, rendre le canal cervico-utérin plus facilement accessible aux spermatozoïdes ? Sans doute, tout médecin qui a une pratique assez longue des accouchements, peut avoir devers lui quelques exemples de grossesse survenue malgré des anomalies de situation, même très accusées de la matrice. Pour mon compte, j'ai eu à accoucher *à terme*, 2 fois, une femme qui a une rétroversion complète, mobile il est vrai, de la matrice, déplacement qu'après chaque accouchement j'ai, sans succès d'ailleurs, tenté de corriger par le repos prolongé au lit combiné avec l'application de tampons chargés de topiques appropriés.

Notre ami, H. Hartmann, nous a, de son côté, relaté plusieurs faits du même ordre, entre autres celui d'une femme dont l'utérus a cessé de faire hernie à la vulve à la suite d'une grossesse. Il n'en est pas moins vrai qu'il n'est pas de traité de gynécologie où ces changements de situation ne soient rangés parmi les causes, tout au moins relatives, de la stérilité. Il paraît donc pas rationnel d'accorder à l'hystéropexie une influence plutôt favorable par rapport à la fécondation. Mais les raisonnements *à priori* étant, surtout en médecine, fort exposés à être démentis par les faits, on a eu soin d'interroger ceux-ci, et la proposition suivante se dégage très nettement de cet examen : *la conception est très fréquente après l'hystéropexie* (il s'agit, bien entendu, de

l'hystéropexie conservatrice, de celle qui va avec la conservation d'annexes utérines saines).

La statistique suivante, empruntée à un travail de Sänger. (1), auquel nous puisons largement, est tout à fait démonstrative.

Opérateurs	Nombre total des opérations	Nombre des cas dans lesquels les annexes sont restées intactes et saines.	accouchement à terme	Fausses-couches.	Grossesses en observation
Sänger	18	5 (26 0/0)	2	1	—
Klotz	62	2	2	—	1
Leopold...	20	8 (40 0/0)	3	—	—
Kaltenbach	?	?	1	—	—
Boutier....	2	2	1	—	—
Vlaccas....	?	?	—	—	—
Jacobs	5	2	—	—	1
Gottschalk.	1	1	—	1	
			9	2	2

Soit, sur un nombre relativement restreint d'hystéro pexies avec conservation des annexes saines, neuf accouchements à terme, deux fausses couches et deux grossesses en observation. La proposition formulée ci-dessus, acceptée du reste par tous les auteurs, est donc pleinement justifiée (2). Nous devons, en outre, au Dr Jacobs, à qui nous adressons ici nos vifs remerciements pour l'empressement qu'il a mis à nous les communiquer, des renseignements sur deux de ses opérées. Ces renseignements tout récents ont trait d'une part à celle de ses opérées, classée dans le tableau de

(1) SÆNGER. Uber Schwangerschaft nach konservativer Ventrofixatio Uteri retroflexi. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 16, p. 305.

(2) Il y aurait intérêt à publier très complètement les observations, à noter, par exemple, quel intervalle s'est écoulé entre le dernier accouchement, s'il y en a eu, et l'opération, et entre celle-ci et le début de la conception, pour établir, aussi exactement que possible, l'influence de l'opération par rapport à la stérilité, relative ou absolue.

Sänger dans la colonne des grossesses en observation. Cette femme est, depuis, accouchée à terme et normalement. Nous consignons son observation ci-dessous. D'autre part, le Dr Jacobs a une autre de ses opérées actuellement enceinte de 2 mois 1/2 à 3 mois.

II. — *L'hystéropexie trouble-t-elle la marche régulière de la grossesse; est-elle cause d'avortement?*

Voilà le point litigieux, celui qui a été contradictoirement résolu. Tout au début, Küstner (1) invoquant à l'appui de son jugement deux faits, qu'il avait observés, condamna l'opération : « une femme, dit-il, chez laquelle l'utérus a été fixé, devient-elle enceinte, cette fixation apporte un obstacle au développement de l'organe, et l'avortement est une conséquence fatale de cette gêne. Après la ventrofixation, l'opérée avorte à cause des adhérences créées à la région abdominale antérieure, tandis qu'auparavant l'avortement était la conséquence des adhérences contractées par l'utérus en arrière. Aussi l'hystéropexie chez les femmes dans la période d'activité génitale, est-elle une méthode dangereuse. Dans ces cas, après avoir libéré la matrice des adhérences qui la fixent dans sa situation anormale et l'avoir redressée, il faut s'efforcer d'assurer la réduction par les moyens orthopédiques ». Dans la discussion qui eût lieu à cette occasion, Sänger (2) s'éleva contre cette allégation et s'exprima dans un sens plutôt favorable à l'opération. Après avoir relaté l'observation d'une femme qu'il avait opérée et qui, consécutivement, était devenue enceinte et était déjà parvenue au sixième mois de la gestation, il déclara qu'on n'était pas autorisé à condamner formellement l'opération discutée. Au cours du même débat, Leopold, après avoir dit qu'il n'avait aucune expérience personnelle sur la marche de la grossesse survenue

(1) Comptes rendus du 3e congrès de la Soc. allem. de gyn. tenu à Fribourg. *Cent. f. Gyn.*, 1889, n° 32, p. 507.

(2) *Centr. f. Gyn.* 1889, n° 32, p. 507.

après hystéropexie, fit du moins ce rapprochement intéressant : dans un cas d'opération césarienne répétée sur la même personne, et où, après la première opération, des adhérences nombreuses s'étaient établies entre l'utérus et la paroi abdominale antérieure, la seconde grossesse évolua de lamanière la plus normale (1). Depuis ont paru plusieurs travaux, parmi lesquels nous signalerons la thèse d'un interne de M. Tarnier, M. Baudouin (2). Dans ce travail, l'auteur consacre un chapitre, très étudié, à la question qui nous occupe (3). Après avoir établi qu'un des faits au moins de Küstner avait été invoqué, à tort, par l'auteur allemand contre la nouvelle opération (4) et se fondant sur celui cité par Sänger, sur un autre inédit de Vlacas, et principalement sur l'observation de Routier (rapportée plus bas), Baudouin, tout en faisant des réserves, très justifiées d'ailleurs par le nombre encore très limité des faits au moment de l'apparition de son travail, se montre partisan de la nouvelle opération, et formule entre autres, la proposition suivante : « *à mon avis, mieux vaut courir les chances d'une grossesse dans un utérus hystéropexié que dans un utérus rétrofléchi* (5) », proposition à laquelle nous nous rallions entièrement, surtout si l'auteur entend parler des *rétrodéviations adhérentes*. Nul médecin n'ignore, en effet, à quels accidents, de la plus haute gravité parfois (ruptures du vagin, du périnée, de l'utérus, cystite gangreneuses, ruptures vésicales, avortements, etc.), peut donner lieu la rétroversion, irréductible ou méconnue, de l'utérus gravide. En ces derniers temps ont paru de nouvelles

(1) Comp. rend. du 3e cong. de la Soc. allem. de gyn. tenu à Fribourg. *Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd. 35, Hft 3, p. 539.

(2) Baudouin. *Hystéropexie abdominale antérieure et opérations sus-pubiennes dans les rétrodéviations de l'utérus.* Th. Paris, 1890.

(3) *Loc. cit.*, p. 144.

(4) Il s'agissait, en effet, dans ce cas, non d'une grossesse survenue après l'hysteropexie, mais bien d'une *hystéropexie complémentaire pratiquée, après énucléation d'un gros myôme, sur un utérus gravide.*

(5) *Loc. cit.*, p. 149.

communications sur les rapports de l'hystéropexie avec la grossesse (Sperling, Jacobs, Gottschalk, Sänger, Leopold), les faits sont devenus plus nombreux et tous, sauf une observation de Gottschalck, constituent de nouveaux arguments en faveur de l'hystéropexie.

FAITS CLINIQUES. — (*Nous les reproduisons ici d'après la relation résumée, qu'en donne Sänger dans son récent mémoire. Nous y ajoutons seulement l'observation nouvelle publiée par Léopold et celle que nous devons à la grande obligeance du Dr Jacobs*).

Olshausen (1) a cité le cas d'une femme, chez laquelle Kaltenbach avait traité une *rétroversion fixe* par la ventro-fixation au moyen de 4 sutures à la soie, qui devint enceinte 1 an 1/2 environ après cette opération et accoucha à terme après une grossesse normale « L'utérus, au voisinage du terme, n'était plus lié à la paroi abdominale par des adhérences; et 6 semaines après l'accouchement, il était en antéversion. Dans ce cas, le succès paraît avoir été complet. »

Klotz (2) qui a réuni la plupart des cas de ventro-fixation, avait observé au moment de sa publication, 2 accouchements normaux et une grossesse évoluant normalement.

Sperling (3) sur 7 femmes hystéropexiées, avec conservation des annexes, cite deux cas de grossesse normale, terminée à terme, par des accouchements normaux. Il parle d'une 3e opérée, qui était enceinte au moment de la publication de son travail. C'est celle dont Leopold (4) vient de publier la relation suivante.

M. F..., 40 ans, mariée depuis 1 an. Menstruée à 17 ans, durée des règles 3-4 jours; années auparavant, attaque de rhumatisme articulaire. *Pas d'enfant.* Depuis environ un an, douleurs sacro-lombaires presques continues. Parametrium gauche, un peu dur, sensible. *Rétroflexion de l'utérus ;* traitement par les pessaires et les moyens ordinaires, sans résultat. En raison de sa condition

(1) OLSHAUSEN. Des laparatomies à la « Universitäts-Frauenklinik » de Berlin. *Zeitsch f. Geb. u. Gyn.*, 1890. Bd 20, Hft 1, p. 230.

(2) Verh. d. Ges. f. Geb. zu Dresden. *Cent f. Gyn.*, 1891, n° 4. p. 97.

(3) SPERLING. Zehn weitere Fälle von Ventro-fixatio Uteri retroflexi. *Deutsch, med. W.*, 1891, n° 5.

(4) LEOPOLD. Ventrofixatio Uteri und Schwangerschaft. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 16, p. 317.

sociale, la malade n'est pas en état de se soigner chez elle. Admission à la clinique, fin janvier 1890. Examen sous la narcose : *utérus rétrofléchi assez profondément, irréductible, maintenu dans sa situation anormale par une masse assez épaisse constituée par la trompe et l'ovaire gauches.* Opération le 6 février 1898. Après libération des adhérences, l'utérus se laisse facilement redresser, après quoi on fixe le fond de l'organe dans l'angle inférieur de la plaie abdominale au moyen de 2 fortes sutures abdomino-utérines ; fermeture du ventre. Suites opératoires apyrétiques. Guérison parfaite.

Fin juin 1890, dernières règles ; perception des premiers mouvements fœtaux le 16 novembre. Entrée à la clinique le 17 mars 1890, à 10 h. 1/2 du soir. Apparition des contractions 1 h. 1/2 auparavant, poche des eaux rompue, bassin normal. Paroi abdominale fortement tendue ; pendant les contractions on voit la cicatrice opératoire se déprimer au niveau de son tiers inférieur. On sent en outre deux cordons courts et solides qui se dirigent vers l'utérus.

O. I. G. A. tête profondément engagée ; terminaison de l'accouchement avec le forceps à cause du ralentissement des doubles battements fœtaux ; petite fille du poids de 2395 gr. née 2-3 semaines environ avant le terme. Suites de couches normales. Lors de la sortie de la malade, le 25 mars 1891, l'*utérus* était en antéversion, réuni par un cordon solide à la paroi abdominale antérieure, mobile et non douloureux.

Observation de Routier (1). — L. P..., 24 ans, entrée à l'hôpital le 16 novembre 1888 ; réglée à 17 ans 1/2, assez péniblement avec accidents hystériformes. 1re grossesse à 21 ans, accouchement à terme, enfant mort ; depuis cette époque, douleurs abdominales ; 2e accouchement, à terme, en juin 1887 ; aggravation des douleurs. Examen : utérus de moyen volume, peu mobile, douloureux. En arrière et à gauche, tumeur arrondie, accolée à l'utérus, très douloureuse ; *opération* le 1er décembre 1888 ; utérus incarcéré, mais le chirurgien ayant accroché la tumeur avec un doigt et ayant tiré dessus, la matrice se détendit tout d'un coup *comme un ressort.* Extirpation de l'ovaire droit kystique, gros comme une orange,

(1) Baudouin. *Hystéropexie abdominale antérieure et opérations sus-pubiennes dans les rétrodéviations de l'utérus.* Th. Paris, 1890, p. 375.

et fixation du moignon au bas de l'incision abdominale par le dernier crin de Florence de la suture. Suites opératoires excellentes. Le 31 octobre, accouchement d'un garçon après une grossesse normale. Le 10 décembre 1879, on constatait que l'utérus était bien en place,

Obs. de Gottschalk (1). — F..., 28 ans, IIIpare. Le 10 novembre 1889, extirpation d'un kyste ovarique gauche, intraligamenteux ; simultanément redressement et fixation, dans l'angle inférieur de la plaie abdominale, de l'utérus qui était en *rétroflexion mobile* au moyen de 2 sutures à la soie. Conception en octobre 1890, à partir de la mi-décembre hémorrhagies irrégulières, avortement le 3 janvier 1891.

Obs. de Saenger (2). — Sur l'ensemble des femmes chez lesquelles il a pratiqué l'hystéropexie, 5 fois les annexes restèrent intactes, saines. De ces 5 femmes, 4 s'exposèrent à devenir enceintes; et l'une d'elles le devint 2 fois.

Femme T..., opérée le 26 décembre 1887 ; dernières règles en mars 1889, donc : conception 15 mois environ après l'opération. Dans les premiers temps de la grossesse, douleurs partant manifestement des points de fixation de l'utérus. Vers le 3e mois de la grossesse, le médecin ordinaire de la femme écrivait à Sänger, qu'il lui semblait que l'utérus ne se développait pas normalement en hauteur, qu'il paraissait comme solidement retenu au niveau de la suture. A plusieurs reprises, il se produisit des écoulements sanguins. En août 1889, 6e *mois de la gestation, accouchement prématuré. Le fœtus, macéré, correspondait par ses dimensions à un fœtus de* 3 *mois*. 6 semaines plus tard, la femme était en parfaite santé. Quant à l'utérus, parfaitement involué, il était comme avant, en antéversion. *Seconde grossesse*. Après la fausse couche, la menstruation se rétablit normalement jusqu'au 20 avril 1890, date des dernières règles. Premiers mouvements de l'enfant le 7 septembre. Sänger examina la femme au 9e mois de la gestation et constata que l'utérus ne présentait rien d'anormal dans ses dimensions, sa forme, sa mobilité. Accouchement le 7 février (quelques jours, semble-t-il, au delà du terme), terminé par version et extraction d'un enfant mort ; la particularité la plus remarquable

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 8, p. 154, et n° 16, p. 309.
(2) *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 16, p. 306.

dans cet accouchement fut l'absence presque complète des contractions.

Femme Sch..., 28 ans; Ipare, accouchement normal. Rétroflexion utérine mobile. Douleurs, hémorrhagies fréquentes et irrégulières, nausées, vomissements, état dyspeptique. Opération le 21 juin 1888. Dernières règles, au commencement d'octobre 1888, donc début de la grossesse 4 mois environ après l'opération. Accouchement normal à terme, le 1er juillet 1889. Le 22 juillet 1890, un an après cet accouchement, on constata qu'il existait un léger écartement vers le milieu de la cicatrice abdominale, que l'utérus était, comme avant, en antéversion et mobile, sans que ses adhérences à la paroi abdominale fussent détruites.

Obs. de Jacobs (*inédite*). Nous réitérons au Dr Jacobs nos vifs remerciements. — V. J..., 26 ans; opérée d'hystéropexie abdominale le 27 mai 1890 (*rétroflexion adhérente et douloureuse*), devient enceinte en juillet-août 1890. Au début de la gestation (3 mois), légers malaises, douleurs, mais qui n'empêchent pas la femme de vaquer à ses occupations; évolution ultérieure de la grossesse, normale. En mars 1891, accouchement normal, facile, d'un enfant fortement constitué, bien vivant. Suites de couches absolument normales. Cette femme fut présentée en juin 1891, à la Soc. de gynécologie de Bruxelles, et l'on constata que la matrice était petite, en antéversion à peu près normale, *adhérente par son fond* à la paroi abdominale. Femme et enfant en parfaite santé. — *Remarque* : Il n'avait été employé qu'une *seule suture, au crin de Florence, au niveau du fond de l'utérus.* Pas d'avivement.

L'impression première qui se dégage de l'ensemble de ces faits, c'est que la grossesse peut évoluer normalement après l'hystéropexie, que même, cette éventualité, à ne tabler que sur les observations recueillies jusqu'ici, est la règle. En effet, sur 13 cas, 9 témoignent nettement dans ce sens, deux fournissent matière à discussion ; un seul, celui de Gottschalk, paraît formellement défavorable. Les 2 faits qui prêtent à discussion sont les deux grossesses survenues chez l'une des opérées de Sänger. Encore, ici, ces terminaisons des 2 grossesses offrent-elles quelque chose de contradictoire. La première se termine à 6 mois, et, comme il y a eu des douleurs

au niveau des points de fixation, et des hémorrhagies irrégulières, Sänger lui-même, quoique partisan de l'hystéropexie, formule sur l'opération un jugement assez réservé. Mais il l'atténue plus tard, car il fait, ultérieurement, la remarque que le fœtus expulsé correspondait par ses dimensions à un fœtus de 3 mois, et il émet alors sur cette particularité l'hypothèse, très justifiée, que l'accouchement prématuré a pu être la conséquence, non de l'utéro-fixation, mais d'une maladie de l'œuf. D'autant plus que la seconde grossesse (bien que l'utérus fût resté en antéversion) alla, très vraisemblablement, au delà du terme et que, détail singulier, l'accouchement se caractérisa par un défaut presque absolu de contractions. A raisonner sur ce seul fait, Sänger aurait pu avancer que : la ventro-fixation exercerait sur l'utérus gravide une action non stimulante, mais, au contraire, paralysante. En tout cas, les accidents qui signalèrent ce deuxième accouchement ne sauraient, en aucune façon, être placés dans un rapport étiologique avec l'hystéropexie. Reste l'observation de Gottschalk; celle-ci nettement défavorable, à ce point que l'auteur, après exclusion de toute autre cause d'avortement, attribue l'expulsion prématurée de l'œuf à l'hystéropexie, et, se basant sur ce cas, se rallie à la proposition, très exagérée d'ailleurs, formulée par Küstner que nous avons rapportée plus haut. Que cette proposition soit exagérée, les observations que nous avons recueillies le prouvent indiscutablement. Toutefois, nous pensons qu'il convient d'enregistrer très soigneusement ce cas défavorable, parce que s'il s'en produisait de semblables, ils seraient de nature à permettre d'établir des indications spéciales, par exemple dans les cas de *rétroversion mobile* chez les femmes en période d'activité génitale, et particulièrement chez celles tout à fait désireuses d'avoir un enfant, on pourrait se contenter de redresser l'utérus, et de s'efforcer de le maintenir en place par des moyens orthopédiques. En ce qui concerne les *rétrodéviations fixes,* celles qui provoquent des accidents graves, et vont jusqu'à entraîner une impo-

tence réelle, nous croyons, étant donné l'enseignement qui se dégage des faits observés, surtout si l'on ne perd pas de vue les dangers considérables liés à l'évolution d'une grossesse dans un utérus irréductiblement rétrodévié, qu'il est rationnel, utile de les guérir par l'hystéropexie. A ce sujet on pourrait encore se demander à quel mode d'hystéropexie (directe ou indirecte), il serait préférable d'avoir recours. Mais, sur ce point spécial, nous estimons que les faits recueillis ne sont pas assez nombreux pour permettre de hasarder un jugement définitif. Le nombre des observations publiées est encore trop restreint pour que nous puissions dire si tel ou tel mode d'hystéropexie, directe ou indirecte, est une cause d'avortement. La seule conclusion que nous puissions actuellement formuler est la suivante :

Après la ventro-fixation (directe ou indirecte) de la matrice, on a vu, dans la grande majorité des cas, la grossesse et l'accouchement évoluer normalement.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

COMPTE RENDU DU 4e CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE GYNÉCOLOGIE (1).

(*Suite*).

Technique des laparotomies.

M. Kehrer (Heidelberg) propose les quelques modifications suivantes à la technique classique.

1) Pour prévenir le passage de substances pathologiques (poches purulentes rompues, parcelles de tumeurs malignes susceptibles de se greffer dans la cavité péritonéale, les éponges et les compresses de gaze sont insuffisantes parce qu'elles sont poreuses. M. Kehrer propose d'introduire une feuille de gutta-percha laminée en forme d'entonnoir autour de la tumeur jusqu'au pédi-

(1) Voir *Ann. de gyn. et d'obst.*, juin et juillet 1891, t. I, p. 489 ; t. II, p. 52

cule; puis l'espace compris entre la tumeur et la feuille est rempli avec des compresses de gaze.

2) Moyen de prévenir les adhérences. Asepsie après l'ouverture du péritoine. Epargner le plus possible les intestins; limiter le drainage. Exciter la péristaltique intestinale par des laxatifs administrés (per os et rectum) dès le lendemain de l'opération. Après la laparotomie, l'intestin est étonnamment atonique.

3) Etablissement d'une solide cicatrice de la paroi abdominale par la résection de la ligne blanche si elle est quelque peu distendue. Attirer les bords de la plaie du péritoine dans la plaie abdominale; nombreuses sutures prenant le pannicule adipeux, la couche musculaire, la gaine des muscles droits et la peau.

Influence d'une fistule urétéro-vaginale sur la sécrétion urinaire.

M. Schatz (Rostock). — Il y a un an, j'ai fait sur une fistule urétéro-vaginale une observation que je crois digne de vous être sommairement communiquée, et j'espère ainsi que de nouveaux faits feront bientôt voir si mon observation peut être généralisée.

Il me fut adressé une femme de 33 ans, à bassin rétréci, qui avait été accouchée par le forceps 4 mois auparavant, d'un très gros enfant vivant. La perte spontanée d'urine qui se produisit bientôt, alors que les couches étaient d'ailleurs normales, fit présumer au médecin une fistule vésico-vaginale. Je trouvai une fistule urétéro-vaginale à deux centimètres du col et aboutissant dans le vagin à une cicatrice, ce qui prouvait que, au moment de l'extraction, il s'était produit une déchirure ayant intéressé l'uretère. On recueillit séparément l'urine qui venait de la vessie et celle qui venait du vagin. A égale quantité, la couleur était différente et l'on constate que le poids spécifique de l'urine du rein gauche, venant de la vessie, était de 1030 (plus tard 1040) tandis que le poids de l'urine du rein droit n'était que de 1003 (plus tard 1006). Pendant cinq semaines, la situation resta toujours la même, que la malade fût au lit ou debout, couchée sur le côté droit ou sur le côté gauche, qu'elle bût peu ou beaucoup. Pour voir si la forte concentration de l'urine vésicale ne provenait pas d'une résorption ayant lieu dans la vessie, on recueillit l'urine pendant plusieurs jours avec une sonde à demeure. Mais la situation resta la même. On employa différents diurétiques et des médicaments faciles à découvrir dans l'urine, et cela sans qu'il fût possible de changer

d'une manière essentielle la composition de l'urine venant de la fistule. Cette urine contenait un peu d'albumine, mais si peu qu'elle pouvait provenir du vagin et de l'utérus. Dans ce liquide on ne trouvait pas d'urée et, dès lors, mon collègue, M. Vasse, en vint à contester que ce fût de l'urine proprement dite.

Mais ses représentations ne me découragèrent pas. Ne fût-on pas en effet longtemps à prouver l'existence des très faibles quantités d'urée des eaux de l'amnios? Qu'était-ce donc que ce liquide, si ce n'était pas la sécrétion du rein droit? Il était impossible qu'un kyste parovarien latent quelque peu déchiré, ait pu donner quotidiennement par une fistule 3/4 de litre d'un liquide si ténu. La chose était encore moins possible pour une fistule péritonéale. Je persistai donc à admettre une fistule de l'uretère et j'en fis l'abouchement dans la vessie, ce à quoi je réussis complètement, après une légère retouche.

Quelque temps après j'observai une autre fistule urétéro-vaginale et je pus étudier à nouveau ce phénomène bizarre. Cette fistule, consécutive à une hystérectomie vaginale, ne datait que de 3 mois. Cette fois, le poids spécifique de l'urine vésicale fut de 1024, et celui de l'urine venant de la fistule de 1012. Ici donc encore, la concentration de l'urine de la fistule était sensiblement plus faible; mais la différence était moindre que dans le premier cas. Or, puisque le premier cas remontait à 4 mois 1/2 environ, et le second à 3 mois seulement, on peut croire que dans ces cas, il se produit, en un temps relativement court, une transformation notable dans la sécrétion du rein d'où provenait cette sécrétion. Dans le second cas, la quantité de subtances éléminées par la fistule était presque égale à la normale, tandis que chez ma première malade elle était à peu près 1/10ᵉ de la normale.

Ce serait un hasard bien extraordinaire si je m'étais trouvé en présence de deux cas successifs où précisément le rein du côté de la fistule avait subi à l'avance une altération si particulière. Il est bien plus vraisemblable que l'altération est une conséquence de la fistule de l'urètre. C'est un point à élucider par les observations ultérieures. Si cela se confirme, ce sera un motif de plus pour procéder le plus tôt possible à l'abouchement de la fistule dans la vessie. J'ai acquis la conviction que cette opération, assez délicate il est vrai, n'est pas absolument difficile.

Bandl a déjà opéré comme moi, et, en deux séances, a obtenu la

guérison. Dans sa publication je trouve cette observation que l'urine de la fistule était claire, tandis que celle de la vessie était sanglante. Mais l'urine n'a été examinée ni au point de vue de ce sang qu'elle contenait, ni au point de vue de son poids spécifique, et l'on ne trouve pas dans la relation la preuve nette qu'il y eût réellement du sang. Pour moi, il est très vraisemblable qu'il s'est produit une confusion due à ce fait que, dans le cas de Bandl, l'urine était très différemment concentrée. Dans mon premier cas la première impression, vu la différence de couleur, était aussi que l'urine vésicale devait contenir du sang. Le cas de Bandl doit donc peut-être bien être ajouté aux deux miens.

Je m'abstiendrai de faire des hypothèses sur la manière dont la fistule urétérale peut agir sur la sécrétion du rein correspondant. On est porté à croire à une infection par des micro-organismes venus du vagin. Mais on ignore encore où commence l'altération du rein. D'après la théorie de Bowman ce devrait être dans les glomérules, avec une augmentation de sécrétion, alors que la fonction des épithéliums des canalicules urinaires resterait la même et donnerait la même masse de substances solides. Plus tard il se produirait une diminution générale de la sécrétion aussi bien dans les glomérules que dans les canalicules urinaires. D'après la théorie de Ludwig, l'altération devrait commencer immédiatement dans les canalicules urinaires : ensuite il y aurait une diminution dans la résorption de la partie liquide, les sels excrétés n'étant pas altérés; plus tard, il se produirait une diminution aussi bien de la sécrétion dans les glomérules que de la résorption dans les canalicules urinaires, en sorte que l'urine deviendrait de moins en moins concentrée. Si l'on examine les choses avec soin, l'hypothèse de Bowman semble préférable. Mais je néglige volontiers l'explication de la chose jusqu'à ce que le fait lui-même soit solidement établi.

Castration et épithélium à cils vibratiles.

G. Krukenberg (Bonn). — Bischoff, Becker et Wider ont parfaitement établi que l'épithélium tubaire est seul vibratile chez l'enfant et que la muqueuse utérine ne prend ce caractère qu'après la puberté. Après la ménopause, l'épithélium à cils vibratiles disparaît entièrement (Möricke, Klob). Il était donc intéressant de rechercher si, après la castration, c'est-à-dire après la ménopause

anticipée les cils vibratiles s'atrophient. Mais l'examen d'une femme castrée ne peut donner à ce sujet aucun résultat, parce que l'endométrite qui précède presque toujours la castration, a pour effet de faire souvent disparaître la ciliation.

On fit donc des expériences sur des lapins; et ces expériences portèrent, non seulement sur des lapins dont les cornes utérines ont un épithélium cilié, mais encore sur des lapins domestiques allemands dont le col seul est vibratile. Environ 7 mois après l'opération l'utérus conservait le poids qu'il avait précédemment et son épithélium à cils vibratiles n'était pas altéré. Cependant, après 9 ou 10 mois, il se manifesta une diminution sensible dans le poids de l'utérus ; en même temps les cils vibratiles s'atrophièrent aussi bien dans l'utérus que dans les trompes. Evidemment l'obstruction chirurgicale des extrémités abdominales des trompes peut être prise en considération pour l'atrophie des cils dans les trompes, mais pour l'atrophie utérine, cette obstruction est sans importance; nous voyons bien, en effet, la disparition des cils vibratiles, liée à l'atrophie de l'utérus, mais nous savons d'autre part, d'après les expériences de Kerher que l'occlusion des trompes n'amène pas l'atrophie de l'utérus.

La castration agit donc sur l'utérus de la même façon que la ménopause ; les cils vibratiles disparaissent, mais seulement après atrophie de l'utérus.

Si la castration porte sur un tout jeune animal, il ne se forme généralement pas de cils vibratiles dans l'utérus.

Pyosalpingite avec péritonite aiguë.

M. GOTTSCHALK (Berlin) communique un cas de pyosalpinx qu'il a opéré avec succès chez une femme de 35 ans ayant été malade pendant quatre semaines, à la suite de sa deuxième couche, en 1889, et ayant présenté alors, outre des accidents puerpéraux, une mammite du côté gauche. Le 12 février de cette année, cette femme, qui souffrait en même temps d'une chute prononcée de l'utérus et du vagin, avec rétroversion, fut prise des symptômes d'une péritonite générale. Météorisme, violentes douleurs, vomissements incoercibles, fièvre. La laparotomie, exécutée 42 heures après, le 14 février, à midi (température 39°, pouls 156), fit voir les anses intestinales récemment agglutinées jusqu'à la hautour de l'ombilic par un exsudat purulent fibrineux ;

il y avait un épanchement purulent dans le cul-de-sac de Douglas; les intestins étaient météorisés et injectés. On fit à fond la toilette des anses intestinales à l'aide de tampons de gaze imbibés d'une solution d'acide salicylique au 3 0/00. La poche fut progressivement décollée de l'utérus, auquel elle tenait par d'anciennes adhérences; les anses intestinales et l'appendice iléo-cæcal étaient récemment agglutinés à la paroi postérieure de l'utérus. Des flocons de pus couvraient l'utérus et le péritoine du bassin. Alors fut faite la résection de la trompe et de l'ovaire; l'utérus fut fixé à l'hypogastre par deux sutures à la soie. Nouvelle toilette du péritoine, suture sans drainage. Guérison complète. Les annexes de l'autre côté étaient saines.

La pièce comprend la trompe transformée en une poche purulente à parois épaisses. A la base de ce sac se trouvent deux fusées purulentes, conduisant à un abcès ovarien gros comme une noix. A la limite supérieure de cet abcès, le stroma est complètement détruit, et la mince paroi de l'albuginée est déchirée en un endroit. C'est par cette déchirure que le pus avait pénétré dans la cavité abdominale et infecté le péritoine.

L'examen microscopique de la paroi tubaire ne laisse voir aucune trace d'épithélium. L'épaississement de cette paroi porte exclusivement sur la musculaire. Le tissu ovarien se trouve aussi en fonte purulente.

L'examen bactériologique montre que la paroi tubaire, dans toute son épaisseur, est infiltrée de nombreux diplocoques qui ne sont pas aussi gros que les gonocoques, mais qui se colorent aussi par la méthode de Gram, et qui se trouvent la plupart du temps réunis par groupe de quatre; ces diplocoques se trouvent aussi dans les lumières des vaisseaux, et surtout des vaisseaux lymphatiques. Il y avait aussi d'autres espèces de microbes, dont on a malheureusement négligé d'essayer l'isolement par cultures, alors que le pus était frais. Dans le pus tubaire, dans le pus ovarien, aussi bien que dans le pus de la cavité abdominale, se trouvaient les mêmes microbes. Il s'agit visiblement d'une infection mixte. L'anamnèse n'est pas en faveur de la nature blennorrhagique. Le mari, sans doute, avait eu plusieurs chaudepisses avant son mariage, mais depuis dix ans, il en était indemne. La suppuration est probablement d'origine puerpérale.

Kyste tubo-ovarien.

M. GOTTSCHALK (Berlin) présente un kyste tubo-ovarien qu'il a enlevé avec succès par la laparotomie. Il veut seulement montrer que l'affirmation de Schramm, de Neelsen, d'après qui tout kyste tubo-ovarien doit dériver d'une hydropsalpingite par atrophie de la paroi tubaire, n'est pas admissible dans tous les cas. En dehors de la préparation présentée ici, M. Gottschalk en a pu présenter une semblable à la Société d'accouchement de Berlin. Dans les deux cas, le fait primitif est une hydropisie d'un follicule de Graaf, d'où destruction complète du tissu ovarien et finalement rupture de la paroi kystique. Dans cette déchirure s'est glissé le pavillon de la trompe et les bords de la déchirure se sont ensuite soudés à la face externe de la trompe. Secondairement alors la partie abdominale de la trompe, parfaitement normale sauf cela, a été distendue par le liquide kystique. A l'époque de la menstruation, il avait dù s'écouler du sang de la trompe dans le kyste, car, dans les deux cas, son contenu était d'une nature hémorrhagique. Dans le second cas, le kyste tubo-ovarien tenait à un utérus myomateux qui fut enlevé avec un plein succès. Dans les deux cas, la trompe et l'ovaire de l'autre côté étaient sains.

Traitement de l'endométrite chronique.

M. SKUTSCH (Iéna). — Le but essentiel de cet exposé n'est pas de présenter une nouvelle méthode de traitement, mais seulement d'examiner quelques points controversés. Il ne règne aucune clarté, ni pour la définition, ni pour le diagnostic de la maladie pas plus que pour les conditions fondamentales d'un traitement rationnel, et beaucoup de médecins ne font pas une distinction assez sévère entre les formes anatomiques et les formes cliniques de l'endométrite chronique.

Cliniquement, nous devons bien distinguer deux formes principales : dans l'une dominent essentiellement des hémorrhagies anormales et la plupart du temps atipyques (formes hémorrhagiques, dans l'autre l'exagération de sécrétions utérines modifiées est le fait dominant (formes catarrhales).

Sur les indications, dans les formes hémorrhagiques, on s'entend généralement. Le traitement consiste dans l'ablation des parties malades, par le grattage de la muqueuse, avec cautérisation au

besoin après dilatation de l'utérus, pour rendre la cavité malade bien accessible aux doigts et aux instruments.

Le catarrhe de l'utérus est la plupart du temps identifié avec l'hypersécrétion. Le pus peut être mélangé avec la sécrétion ; des formes purulentes spéciales, la gonorrhéique surtout, sont bien connues. On parle beaucoup du catarrhe purulent du col, peu de celui du corps de l'utérus. Schultze, toutefois, nous a donné des renseignements particuliers sur l'importance et sur la fréquence de la sécrétion purulente de la muqueuse du col et du corps. Pour établir le diagnostic, il a recommandé de recevoir la sécrétion de l'utérus sur un tampon enduit de glycérolé au tannin ; s'il y a du pus sur le tampon, c'est signe d'endométrite purulente. Mais l'emploi de ce tampon a été reconnu inutile, parce qu'il était impossible de reconnaître ce qui, dans la sécrétion, venait du col et ce qui venait du corps de l'utérus. Il y a d'ailleurs une quantité d'endométrites qui échappent au diagnostic, cas dans lesquels la sonde ne produit aucune sensation douloureuse, où le col paraît sain et où l'on a à peine à se plaindre de l'écoulement.

Dans le traitement de cette endométrite purulente chronique, aucune des méthodes employées jusqu'à ce jour ne conduit seule au but dans tous les cas. De nouveaux travaux doivent être consacrés à la recherche plus précise de la sécrétion normale et de la sécrétion pathologique de l'utérus. Il en résultera des explications plus exactes sur l'étiologie et des indications pour atteindre le but souhaité.

M. Skutsch résume les expériences qu'il a faites à la clinique de Schultze. Les résultats obtenus avec la méthode de Schultze (lavages méthodiques de l'utérus, précédemment dilaté, si la chose est nécessaire) l'ont satisfait dans la grande majorité des cas. Cette méthode, combinée avec la dilatation à la laminaire, est essentiellement propre aux services hospitaliers. M. Skutsch a cherché à la rendre plus conforme aux exigences de la pratique.

Schultze lui-même a restreint la dilatation à la laminaire ; si après la dilatation, le liquide injecté ne peut pas s'écouler assez librement, il lui suffit ordinairement d'employer des dilatateurs mousses. Dans les dernières années, on a souvent employé des dilatateurs en métal, coniques, et d'un diamètre de plus en plus fort (semblables aux instruments d'Hegar, Fritsch, Schröder, Küstner). Comme tous les instruments intra-utérins de la clinique

de Schultze, ils portent une division par centimètres, sous forme de stries peu profondes entourant l'instrument. Précédemment on les faisait en cuivre ; récemment, Schultze les a fait faire avec un métal à meilleur marché, le fer. M. Skutsch estime qu'il est avantageux de faire percer les plus gros numéros, afin d'en diminuer le poids et d'assurer en outre l'écoulement en retour du liquide. Les forts numéros ne doivent pas être employés dans le traitement de l'endométrite catarrhale, mais seulement quand on présume qu'il y a de petites tumeurs dans l'intérieur de l'utérus.

Pour les lavages quotidiens, on se sert d'une solution de soude au 3 0/0, afin de relâcher la muqueuse, puis on emploie la solution médicamenteuse. On a employé les médicaments les plus variés : l'acide phénique au 2 1/2 0/0, du sublimé au 1/5000, de l'acétate d'aluminium, du lysol, etc. Le point principal est peut-être l'effet purement mécanique de l'entraînement des liquides pathologiques: De simples sondes conviennent mieux au résultat à obtenir que celles qui sont construites d'après le principe de Fritsch-Bozeman ; avec ces dernières, le liquide se trouve moins en contact avec la muqueuse.

En cherchant, au commencement du traitement, quelle est la sonde la plus forte qui puisse pénétrer dans l'utérus, on évitera plus d'une dilatation à la laminaire ; si une sonde de 6 millimètres peut passer, il suffit de s'aider ensuite de dilatateurs coniques.

Récemment M. Skutsch a cherché à éviter complètement la dilatation à la laminaire, bien que son innocuité ait été largement prouvée lorsqu'on agit antiseptiquement. Comme moyen de dilatation, il a introduit de la gaze iodoformée dans l'utérus. C'est Vulliet qui a inventé cette méthode de dilatation ; il employa, dans ce but, de l'ouate iodoformée. Il est préférable d'employer de la gaze, comme d'autres l'ont déjà fait (Fritsch, Landau, Löwenthal, Hertzmann, Stocker, Bétrin, Kirmisson, Polk, Gatterno). Skutsch recommande d'essayer cette méthode relativement encore peu pratiquée en Allemagne. Par cette méthode on obtient, outre la dilatation, un drainage de l'utérus (drainage dont Ahlfeld et Schwarz avaient déjà indiqué l'importance), et de plus une action salutaire du médicament sur la muqueuse. Il a paru particulièrement avantageux de combiner ce traitement par la gaze iodoformée avec les lavages de Schultze. M. Skutsch a traité environ 40 cas de cette manière, et a constaté que ce procédé

mérite qu'on continue à l'essayer. Si l'utérus n'a que 4 millimètres de large, on parvient pourtant à y introduire un morceau de gaze large d'un centimètre. M. Skutsch présente quelques tampons de gaze iodoformée de différente grosseur ; à leur pointe se trouve une petite gouttière dont l'extrémité antérieure est quelque peu conique ; ces tampons portent une division en centimètres, ainsi qu'un disque mobile muni d'un solide pas de vis, afin que la tige ne soit pas introduite plus loin que ne le comporte la longueur de l'utérus. Le procédé n'est ni dangereux, ni douloureux. Skutsch a employé de la gaze iodoformée au 10 0/0. On peut aussi imprégner la gaze d'autres matières, par exemple de glycérine (Pozzi-Fredéricq).

Dans les cas opiniâtres d'endométrite purulente, on a aussi employé dans la clinique de Schultze le procédé de grattage. Comme traitement consécutif, on emploie aussi la gaze iodoformée et les lavages. Skutsch recommande surtout de combiner ce procédé avec les différentes méthodes recommandées pour le traitement de l'endométrite.

La plupart du temps les érosions disparaissent quand l'endométrite qui les causait a elle-même disparu. Si elles ne disparaissent pas complètement, on peut les cautériser à la fin du traitement. Il est bon aussi, dans le cas de fortes altérations du col, de pratiquer, à la fin du traitement, l'opération de Schröder ou celle de Simon, ou bien, dans le cas de fort ectropion de pratiquer celle d'Emmet.

Traitement des abcès pelviens.

M. Fritsch (Breslau), après avoir rappelé rapidement comment on traite les diverses collections purulentes pelviennes, s'occupe spécialement des collections paramétritiques d'origine puerpérale. Il déclare d'abord qu'il faut les traiter chirurgicalement. L'ancienne thérapeutique expectante garde au lit pendant des mois des femmes infirmes. Evidemment l'incision indiquée est facile pour ceux de ces abcès qui pointent sous la peau, au-dessus de l'arcade de Fallope. Là, tout le monde est d'accord. Mais souvent on hésite à faire pénétrer le bistouri dans la profondeur du bassin ; on redoute surtout l'hémorrhagie. Aussi surveille-t-on quelquefois la ponction : mais ce n'est là qu'un traitement palliatif et la ponction doit être réservée à la vérification du diagnostic lors-

qu'il reste hésitant. En général, d'ailleurs, il est aisé, rendu évident par la situation de la tumeur sur le côté de l'utérus, par la marche de la fièvre avec exacerbations vespérales. Cette fièvre suffit à prouver qu'il y a du pus, presque toujours situé dans le tissu conjonctif paracervical, et ce pus, dès la fin de la 2e semaine ou le commencement de la 3e, est accessible au bistouri. Et qu'on ne redoute pas la lésion de l'uretère et de l'artère utérine, tous deux refoulés et éloignés par l'abcès, latéralement, le premier en avant, la seconde en haut. Jamais M. Fritsch ne les a lésés. Le chloroforme n'est pas indispensable, mais est utile.

La femme étant dans la position dorso-sacrée, on éclaire bien la région avec le spéculum de Simon et on abaisse le col pris dans une pince de Museux : il va sans dire que les tractions doivent être ménagées. On tire en même temps le col du côté opposé à l'exsudat qu'on veut évacuer. Mais il faut savoir que ce foyer ne descend pas avec l'utérus : il ne siège pas, en effet, au début au moins, dans le tissu conjonctif paravaginal, mais au-dessous du diaphragme pelvien, bien plus haut qu'une collection quelconque du cul-de-sac de Douglas. Au contraire, vu l'aplatissement de la voûte du vagin, l'abaissement de l'utérus rend le foyer moins facile à sentir avec le doigt. Mais en incisant on trouvera vite le pus, en se guidant au besoin de l'aiguille exploratrice d'une seringue de Pravaz. Dès que la première goutte de pus apparaît au milieu du sang, on dirige sur l'incision un jet d'eau stérilisée dans lequel on continue à débrider jusqu'à ce que le doigt pénètre largement dans la cavité purulente. Cela fait, à l'aide d'aiguilles courbes on suture la poche à la paroi vaginale. Cela a plusieurs avantages : 1° cela arrête l'hémorrhagie ; 2° cela ferme bien le tissu conjonctif paravaginal ; 3° le diagnostic avec un kyste dermoïde de l'ovaire, avec une pyosalpingite, n'est pas toujours certain, et par exemple M. Fritsch a commis la première de ces erreurs ; par cette suture, on oblitère bien l'incision et si le péritoine est par hasard ouvert on le met à l'abri de l'infection, peu à craindre il est vrai puisque dans ces cas il y a des adhérences préalables ; 4° à l'aide des fils à suture on fait bien bâiller l'ouverture et cela permet un lavage complet de la poche, en évitant de donner au liquide une forte pression.

Le traitement consécutif consiste en de fréquentes injections ; le tamponnement iodoformé n'assure pas suffisamment l'asepsie car

on ne peut pas le serrer assez. M. Fritsch déconseille absolument les drains : ou bien ils tombent, ou bien ils empêchent la rétraction de la cavité, et quelquefois par ulcération compressive ils provoquent des hémorrhagies, des fistules intestinales.

Peu à peu, sous l'influence de la pression intra-abdominale, les parois de la cavité s'accolent et ainsi a lieu la guérison. On évite de la sorte des semaines et même des mois de maladie.

Cette simple incision vaginale est le meilleur procédé. Elle est préférable à l'incision para-sacrale, bien plus compliquée.

Dans tous les abcès incisés par M. Fritsch et où l'examen bactériologique a pu être fait, M. Pfannenstiel a trouvé le streptocoque.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

Myomectomie abdominale.

M. Chénieux (de Limoges) envoie une note pour compléter ce qu'il a dit au Congrès de chirurgie sur le traitement du pédicule par la ligature élastique perdue. Il est partisan du pédicule intra-péritonéal, mais il est opposé à la ligature élastique. Même avec un pédicule gros comme le poignet, la ligature en chaîne au catgut fort suffit à assurer l'hémostase. Dès 1885, M. Chénieux publiait dans le *Journal de médecine de la Haute-Vienne*, une observation de ce genre et depuis il n'a eu qu'à se louer de cette pratique.

Hernie inguinale chez la femme.

M. Berger. — Je désire présenter quelques remarques opératoires, car à certains égards mon procédé diffère de celui de M. Championnière.

Il y a deux ordres de faits :

1° Les hernies manifestement acquises, dont le sac libre de toute adhérence est très facile à disséquer, car il n'y a pas, comme chez l'homme, à s'occuper du cordon ;

2° Les hernies congénitales, visées par M. Championnière, adhérentes au ligament rond, comme chez l'homme au canal déférent, dont on ne peut isoler qu'une pellicule séreuse. A cette catégorie appartiennent les faits que je vous ai relatés. J'ai pu isoler le sac du ligament rond, mais M. Championnière a raison de dire

que le sacrifice de ce ligament n'a aucune espèce d'importance. Dans mes opérations, j'ai vu la trompe, mais jamais l'ovaire, et je ne crois pas indiqué d'aller de parti pris l'explorer pour voir s'il faut l'enlever.

J'arrive maintenant au manuel de la cure radicale. Une fois le collet lié, j'ai coutume, comme Barker, de repasser les deux chefs du fil, avec une aiguille mousse, de dedans en dehors de façon à les nouer au-devant du canal inguinal, dont ils traversent la paroi dans toute son épaisseur. L'aiguille pénètre à 3 ou 4 centimètres de l'anneau interne, ce qui est facile, car je fends toujours largement l'aponévrose du grand oblique et j'ai ainsi la région bien sous les yeux et le doigt. De plus cette incision est indispensable pour qu'on puisse reconstituer le canal, ce qui est bien plus facile que chez l'homme. Ici, j'emploie le procédé de Bassini. Le bord inférieur du petit oblique étant bien récliné en haut, on aperçoit l'anneau inguinal profond, qui souvent adhère au collet de la hernie, et le transverse quelquefois très peu développé. Je suture alors, en surjet, le bord postérieur de l'arcade de Fallope au tendon commun du transverse et du petit oblique (ce que les Anglais appellent le tendon conjoint). Cela fait, je suture le grand oblique. De la sorte il ne reste pas de point faible, et je crois que c'est préférable à la suture en masse de M. Championnière. J'ai essayé un peu de tous les procédés de cure radicale et c'est à celui de Bassini que je me suis arrêté. Je préfère les sutures à la soie, car le catgut se résorbe trop vite.

M. Lucas-Championnière. — Dans quelle proportion M. Berger a-t-il trouvé le sac adhérent au ligament rond? je l'ai trouvé 12 fois sur 14. M. Berger conseille d'isoler le ligament du sac; je persiste à conseiller de l'aborder franchement et de le sacrifier. Je continue aussi à insister sur la fréquence des lésions des annexes. Le repiquage du collet à la mode de Barker n'est peut-être pas bien important. Toujours je fends largement le canal et je dissèque le sac jusque dans le ventre, je n'ai donc pas besoin de mettre mon pédicule dans le ventre; il y est tout naturellement. J'ajoute que je ne fais pas, comme le dit M. Berger, une suture en masse : j'affronte exactement les larges surfaces cruentées que me donne l'incision franche du canal et je reconstitue ainsi une paroi résistante. J'insiste sur l'insuffisance de la simple suture des piliers. Le procédé de Bassini, que je crois très bon, se rapproche beau-

coup du mien. Mais je trouve inutile de fendre toujours la paroi postérieure du canal, qui souvent a une bonne résistance. Cela mène à une suture perdue en deux plans, ce qui complique les choses sans nécessité. Pour ces sutures profondes, je multiplie les points plus qu'autrefois, et je crois que cela vaut mieux, mais pas beaucoup mieux.

Quant à la résorption trop rapide du catgut, c'est une théorie en l'air. Il suffit d'employer des fils assez gros.

M. Berger. — Sur 7 cas, j'ai trouvé 3 sacs que je crois acquis. Je ne me suis pas occupé du ligament rond, et je ne crois pas l'avoir coupé à mon insu. Pour les autres, je maintiens que son isolement du sac est difficile, mais possible. J'admets que le repiquage de Barker n'a pas une grande importance, mais c'est une garantie de plus. Je suis heureux de constater que M. Championnière attribue plus d'importance qu'autrefois à la suture exacte du trajet inguinal. Je crois bon d'aller plus loin encore et de faire, comme Bassini, une suture à étages méthodique, comparable à celle dont nous nous louons tous dans les laparotomies.

Laparotomie exploratrice devenant curatrice.

M. Richelot. — Je désire vous entretenir de l'influence curative de certaines laparotomies exploratrices. Non pas de ces simulacres opératoires qu'on fait parfois chez les femmes nerveuses, mais de cas où des lésions anciennes, graves ont été guéries par une simple incision abdominale. C'est un peu le cas pour la péritonite tuberculeuse, dont je ne veux d'ailleurs pas parler. Je n'ai en vue que les affections des annexes, que des cas d'ovaro-salpingite avec des adhérences dont la destruction m'eût donné des accidents. Evidemment, lorsqu'il y a du pus, il faut l'évacuer pour obtenir un résultat. Mais dans les cas d'adhérences simples très étendues j'ai vu, après des décortications, des malades mourir de choc et je pense que dès lors parfois il faut savoir s'abstenir. Or quelquefois après des interventions en somme nulles, on observe des résultats merveilleux. A cet égard je vous citerai surtout l'histoire d'une femme de 40 ans, ayant depuis quelques années passé par toutes les phases de la métrite avec participation des annexes. La sensibilité était très vive, l'utérus était immobilisé et enclavé dans une masse ligneuse ; il y avait un peu d'albuminurie et l'état général était déplorable. J'ai néanmoins voulu

faire quelque chose, ne fût-ce que pour ne pas laisser croire à la malade qu'elle était opérable. Mon plan fut donc de faire une petite incision ; d'y introduire le doigt pour bien m'assurer par le toucher que mon diagnostic était exact et que je ne pouvais rien enlever ; de suturer ensuite l'abdomen. Ce plan fut exactement suivi le 6 février 1890. Après cela la fièvre tomba, l'albuminurie disparut, les douleurs cessèrent, et 6 mois après l'utérus était mobile. Le résultat persiste aujourd'hui ; je l'enregistre, mais j'avoue ne pas le comprendre.

J'en ai observé un semblable chez une femme à laquelle j'ai dû ensuite curer une métrite. Je citerai encore une femme de 35 ans chez qui je sculptai au milieu d'adhérences un cylindre que je croyais être la trompe et je vis que c'était l'intestin grêle. Je refermai le ventre, fort inquiet d'avoir ainsi malmené l'intestin et je vis la malade guérir sans incident et cesser de souffrir. J'ai un 4e cas semblable, mais il est encore trop récent pour être démonstratif.

M. Pozzi. — Il est incontestable que, par un mécanisme de physiologie pathologique fort obscur, l'ouverture du péritoine produit une sorte de révulsion sur des lésions anciennes et j'ai moi aussi noté l'amélioration de lésions scléreuses. Ceci d'ailleurs doit nous rendre plus hardi, car nous avons conscience que si notre laparotomie doit rester exploratrice, non seulement elle ne fera pas de mal, mais même fera souvent du bien. A cela j'ajouterai un appendice sur les tumeurs malignes avec ascite, car là aussi la laparotomie sans ablation procure quelquefois un grand soulagement. Ainsi en 1885 j'opérai une aliénée ayant une énorme ascite due à une tumeur papillaire inopérable : deux ans après elle vivait encore et pendant 8 mois était restée sans ascite. Il y a 3 mois, j'ai eu un cas semblable : et depuis la malade ressuscite pour ainsi dire, à ne pas croire qu'elle ait un cancer. Je conclus en outre de là qu'en cas d'ascite rendant un diagnostic douteux, c'est un motif de plus pour repousser la ponction et faire d'emblée la laparotomie.

M. Reclus. — Dans le même ordre d'idées, je citerai deux cas de corps fibreux très volumineux et hémorrhagiques où j'échouai dans des tentatives de castration ; mais je pus amener au dehors, avec pédicule extra-péritonéal, deux petits fibromes, à peine 1/7 de la masse totale. Après cette ablation partielle, depuis 7 mois et 9 mois il n'y a plus aucune espèce de troubles fonctionnels, et les tumeurs ont diminué.

M. Monod. — Je me demande si M. Richelot n'a pas agi surtout en libérant avec le doigt quelques adhérences épiploïques. J'ai vu il y a quelque temps une femme à laquelle j'avais fait il y a plusieurs années une castration pour myôme hémorrhagique. Cette année elle fut reprise de douleurs intenses et, avec M. Nélaton, nous restâmes dans le doute sur le diagnostic, mais nous conseillâmes la laparotomie. M. Périer vit la malade et diagnostiqua des adhérences épiploïques dues à la pratique, qu'aujourd'hui il condamne, qui consiste à étaler l'épiploon derrière la paroi abdominale incisée. La laparotomie faite par M. Nétalon permit de vérifier l'exactitude de ce diagnostic et depuis cette incision exploratrice les souffrances ont cessé.

M. Routier. — Si M. Terrillon était ici, il vous dirait sans doute qu'il a ouvert le ventre, devant moi, à une femme à qui il crut à un sarcome inopérable et qui aujourd'hui n'a plus rien. De mon côté, je vous citerai un cas de cancer avec ascite où pendant plusieurs mois l'ascite n'a pas reparu et l'amélioration a été considérable.

M. Terrier. — Ces résultats paradoxaux sont à étudier séparément pour les adhérences inflammatoires, les tumeurs cancéreuses et les fibromes. Dans ces distinctions il y a un point qui domine tout : la présence ou l'absence de l'ascite. On comprend très bien que par l'évacuation d'une ascite on fasse cesser les accidents pour un temps indéterminé : c'est ce qui a lieu dans la péritonite tuberculeuse. Pour les cancers, je me souviens d'un fait extraordinaire, relatif à une femme que j'ai opérée il n'y a une douzaine d'années avec M. Nicaise : il s'agissait d'une ascite due à un sarcome inopérable. L'ascite a récidivé, nécessitant des ponctions de plus en plus éloignées, et aujourd'hui la malade est en parfait état, n'ayant plus été ponctionnée depuis plus d'un an.

M. Marchand. — J'ai observé deux cas analogues à ceux de M. Richelot; pour des salpingites que je croyais suppurées. Je trouvai les ligaments larges absolument lardacés, indurés ; je refermai le ventre sans avoir rien enlevé; les douleurs ont cessé, les indurations ont diminué et un de ces utérus est même devenu complètement mobile.

M. Tillaux. — Je crois comme M. Monod qu'un des facteurs importants de ces guérisons est la destruction de quelques adhérences. J'ai vu ainsi une femme, qui, depuis une laparotomie où je

n'ai rien pu enlever, est délivrée de ses souffrances, mais j'avais détruit quelques adhérences dans la fosse iliaque gauche.

Résection de l'ovaire et salpingorrhaphie.

M. Pozzi. — Il arrive assez souvent qu'au cours d'une laparotomie on trouve l'ovaire partiellement malade. Ainsi pour certains kystes dermoïdes, pour certains ovaires scléro-kystiques. Dans ces conditions, on fait presque toujours l'ablation totale. En réalité si l'on constate — ce qui est facile avec un stylet — que la trompe n'est pas oblitérée, il est indiqué de n'enlever que ce qui est malade; puis on rapproche les deux sections avec une suture au catgut bien exacte, pour éviter tout épanchement sanguin. J'ai agi ainsi dans deux cas, après avoir libéré les ovaires prolabés et adhérents dans le cul-de-sac de Douglas; j'ai déroulé les trompes enroulées en colimaçon, puis j'ai étalé leur pavillon sur l'ovaire auquel je l'ai suturé. On a été plus loin et dans certains on a conseillé de faire une salpingotomie, lorsqu'on constatait une hydrosalpingite. Mais je crois que c'est un leurre et que les trompes, capables de rester douloureuses, sont définitivement inaptes à la fécondation.

Myôme et grossesse.

M. Houzel (Boulogne-sur-Mer) envoie une observation intéressante de myôme utérin ayant amené l'avortement à 5 mois et demi. M. Houzel fit, sous le chloroforme, l'extraction de l'enfant, puis la délivrance artificielle et il constata l'existence d'un gros myôme occupant le fond de l'utérus. Il se proposait de respecter, pour attaquer cette tumeur, la période puerpérale, mais, après 8 jours de bonne santé, des accidents septiques débutèrent, rebelles aux injections de sublimé. La main forcée, M. Houzel fit immédiatement l'énucléation vaginale du myôme, mit dans l'utérus une mèche au naphtol camphré, dans le vagin un tamponnement au salol et la guérison fut rapide. Cela prouve que la période puerpérale n'est plus, comme jadis, une contre-indication opératoire, si l'on a une antisepsie suffisante.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Seance du 11 juin 1891

Présentations : VERRIER. **Kyste hydatique du foie.** — Cette pièce a été enlevée sur une femme qui, depuis 3 années environ, avait remarqué le développement, entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde, d'une petite tumeur. On fit d'abord la ponction qui donna issue à seulement 8-10 grammes de liquide, puis la laparotomie qui permit d'évacuer 7 à 800 grammes d'un liquide louche, citrin, contenant quelques vésicules dont plusieurs de la grosseur d'une noisette. Suites opératoires très bonnes.

Discussion. GUÉNIOT et PORAK relatent chacun une observation de kyste hydatique, compliquant le travail de l'accouchement. SCHWARTZ rappelle les résultats définitifs fournis par la ponction, et pense qu'il y a lieu d'attendre et de se rendre compte du résultat obtenu par cette première intervention avant de pratiquer la laparotomie.

PETIT. **Hystérectomie vaginale pour début d'épithéliome endométritique.** — Femme de 46 ans, sujette depuis un an environ à des irrégularités menstruelles, ayant eu depuis, des métrorrhagies abondantes et présentant un amaigrissement considérable et une diminution très notable des forces. Utérus augmenté de volume ; écoulement sanguin, sans odeur, se faisant par l'orifice externe, col présentant à son pourtour une surface d'un rouge sombre, nettement limité aux dimensions d'une pièce de 2 francs, sèche, non ulcérée, absolument lisse, donnant au doigt une sensation spongieuse, sans que l'ongle qui le déprime avec facilité, puisse en détacher aucun débris ; matrice parfaitement mobile. Par le curettage explorateur, enlèvement du corps de l'utérus de débris peu volumineux, en partie caséiformes, ayant une odeur infecte. L'examen microscopique établit qu'il s'agissait d'un *épithéliome endométritique* et l'hystérectomie vaginale, totale, fut pratiquée. — Résultat opératoire excellent.

En terminant son intéressante communication, l'auteur insiste sur l'extrême utilité du diagnostic précoce du cancer, diagnostic précoce auquel est subordonnée la réhabilitation, l'utilisation véritablement scientifique de l'hystérectomie vaginale, totale.

Discussion. SCHWARTZ fait ressortir les difficultés considérables

que comporte le diagnostic différentiel de l'épithélioma glandulaire et de l'endométrite. En conséquence, en raison de la gravité de l'hystérectomie totale, il estime qu'il y a lieu de recourir à des examens répétés avant d'intervenir d'une manière aussi radicale. Toutefois, dans le cas actuel, il approuve complètement la conduite de son collègue, parce que les préparations histologiques qu'il a mises sous les yeux mettent en évidence une infiltration péri-glandulaire qui paraît bien caractériser l'épithélioma.

LOVIOT. 1) **Primipare albuminurique. Accouchement gémellaire artificiel. Application de forceps sur le siège (mode des fesses) du premier enfant et sur la tête du second. Enfants vivants (2 garçons). — Attaque d'éclampsie plusieurs heures après la délivrance. Septicémie. Sphacèle vulvo-vaginal. — Curettage. — Accidents phlébitiques de courte durée, 21 jours après l'accouchement. — Guérison.**

2) **Application de forceps sur le siège décomplété, mode des fesses, position droite, variété postérieure, siège profondément engagé, chez une primipare, enfant vivant.** — Au moment où l'auteur intervint avec le forceps, le siège était en train de se mettre en position transversale. Il fut aisé, avec le forceps appliqué sur les hanches, de compléter la rotation et d'amener le siège à la vulve.

3) **Ablation par morcellement d'un fibro-myôme intra-utérin, à large base d'implantation, un mois après l'accouchement ; guérison.** — Immédiatement après l'accouchement, et à plusieurs reprises tous les jours qui suivirent, la femme eut encore des douleurs comme pour accoucher. L'accouchement terminé, le médecin avait bien constaté au niveau de l'orifice externe la présence d'une masse, mais sans pousser plus loin le diagnostic, il avait prescrit, parce que l'accouchée perdait pas mal de sang, des injections chaudes et de l'ergot. D'ailleurs, les suites de couches furent très compliquées par des accidents puerpéraux, dont l'apparition fut d'autant moins surprenante que les précautions antiseptiques avaient été insignifiantes. Appelé à voir cette malade 3 semaines environ après l'accouchement, Loviot constata : que l'orifice externe présentait une dilatation ayant environ 4 centimètres de diamètre, qu'il donnait passage à une masse dont il était impossible d'atteindre le point d'implantation bien que l'utérus eût été abaissé, enfin que le cathéter se trouvait arrêté dans la cavité utérine dans toutes les directions. En raison d'accidents ménorrhagiques antérieurs à cette grossesse, de douleurs expulsives fréquemment ressenties, l'auteur pensa qu'il

s'agissait d'un corps fibreux, diagnostic qui fut confirmé par l'examen histologique d'un fragment pris sur la tumeur. Après désinfection préalable du canal utéro-vaginal, le fibrome fut enlevé par morcellement, après incision bilatérale du col. — Les fragments réunis pesaient 125 grammes. Injection intra-utérine au sublimé. Drainage intra-utérin à la gaze iodoformée. Réunion des commissures cervicales au catgut, drainage vaginal. Suites opératoires excellentes; guérison.

4) **Rétrécissement du bassin. Septicémie pendant le travail. Crâniotomie. Céphalotripsie. Guérison.** — X..., 30 ans, IIpare (avortement antérieur), en travail depuis 4 jours environ, très affaiblie, et présentant du météorisme abdominal très accusé. Dilatation suffisante; la poche des eaux a été rompue la veille et on a fait une tentative infructueuse de version; tête en O.I.G.T. très élevée et incomplètement fléchie; disparition depuis la veille des doubles battements fœtaux. Appelé à ce moment, Loviot fit une application de forceps, mais, éprouvant une résistance du bassin rétréci, assez forte, il n'insista pas, dans l'intérêt de la mère, l'enfant étant mort. Application du céphalotribe de Bailly et extraction aisée, après un seul broiement, d'un enfant pesant 3 k. 500 grammes; soins antiseptiques; suites de couches bonnes.

5) **Transformation manuelle de deux O.I.G.P. en O.I.A. chez des primipares. Application de forceps dans cette dernière variété de position. Enfants vivants.** — Dans les 2 cas, il s'agissait d'une O.I.G.P.,et malgré des contractions énergiques et douloureuses, la rotation ne se faisait pas. Dans ces conditions, Loviot opéra la rotation d'après la méthode manuelle qu'il a préconisée en 1884, et termina l'accouchement par une application de forceps sur la variété antérieure ainsi obtenue.

Discussion. Pajot accorde qu'on peut réussir à faire tourner la tête par les manœuvres manuelles dans le cas où la rotation ne s'est pas faite par insuffisance dans l'énergie des contractions. Mais, il est convaincu qu'on échouera quant on cherchera à faire tourner des têtes qui auront résisté à des contractions énergiques et soutenues. Loviot considère cette opinion comme trop absolue, et objecte, en particulier, les deux exemples qu'il vient de relater.

Jouin donne lecture d'un intéressant mémoire intitulé **hermaphrodisme vrai et pseudo-hermaphrodisme**, où, après une étude très circonstanciée, il formule la conclusion suivante : il faut admettre

que l'hermaphrodisme anatomique existe réellement, que le pseudo-hermaphrodisme mâle ou femelle est infiniment plus fréquent que le vrai; mais que ces monstruosités donnent en réalité naissance à la stérilité sinon à l'impuissance, et que, hermaphrodites vrais et pseudo-hermaphrodites sont, physiologiquement, presque tous des neutres.

HAMAIDE. **Exstrophie vésicale. Imperforation de l'anus. — Absence des organes génitaux externes. Spina-bifida dorso-lombaire et des pieds bots en varus.**

NITOT. **Cas d'utérus bifide atteint de métrite simulant une tumeur salpingienne juxta-utérine.** R. L.

REVUE ANALYTIQUE

SUITES DE COUCHES

Examen microscopique et bactériologique des lochies. (Ueber die mikro — und bakterioskopische Untersuchung der Lochien), A. ARTEMIEFF. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1889. Bd XVII. Hft 2, p. 171.

1) Les lochies des accouchées saines sont constituées par des corpuscules sanguins, des corpuscules des lochies (*Locheiocyten*), des éléments épithéliaux pavimenteux, des corpuscules muqueux et des cellules ayant subi la dégénérescence graisseuse.

2) Durant les premiers jours, ce sont les corpuscules sanguins qui dominent (lochies rouges); puis, leur nombre décroit de plus en plus (lochies séreuses) tandis que celui des corpuscules des lochies augmente. A partir des 7e et 8e et les jours suivants, ces derniers forment la plus grande partie des lochies (lochies blanches), où ils sont mélangés avec des cellules ayant subi la dégénérescence graisseuse.

3) Dans la plupart des cas, la réaction des lochies au début est neutre; plus tard (vers le 7e, le 8e et les jours suivants), elle est légèrement acide.

4) Quand il y a dans les lochies des corpuscules du pus, il faut les considérer comme véritables produits pathologiques, parce que les lochies des accouchées complètement saines n'en renferment jamais.

5) Les corpuscules propres aux lochies se distinguent des corpus-

cules du pus très aisément par leurs dimensions ; les dimensions sont pour les premiers de 12-14 μ, de 8-9 μ pour les autres.

6) Les préparations, soit avec des lochies, soit avec du pus, traitées par les procédés de coloration fournissent également des caractères différentiels. Les corpuscules des lochies paraissent formés de noyaux fortement colorés (2, 3, 4 et davantage) entourés d'un cercle clair et nettement marqué. Au contraire, les corpuscules du pus sont complètement colorés et leur protoplasma ne laisse voir aucune apparence de segmentation en noyaux.

7) Les lochies des accouchées tout à fait bien portantes ne renferment aucune sorte de micro-organismes.

R. L.

Fondement bactériologique de l'auto-infection. (Bacteriologische Begründung der Selbsinfection), P. STEFFECK. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* Bd 20, Hft 2, p. 389.

L'auteur a demandé à la bactériologie la solution de cette question qui a donné et qui donne encore lieu à tant de controverses, l'*auto-infection.* Ses expériences sont au nombre de 29, et il les a conduites d'après le plan suivant : prise d'une certaine quantité de sécrétion vaginale chez une accouchée qui, autant que possible, n'avait pas été examinée. Après transport d'un échantillon de cette sécrétion sur des milieux de culture appropriés : inoculation de cette sécrétion à des animaux. Dans le cas d'apparition d'abcès ou de processus infectieux généraux : comparaison des micro-organismes contenus dans le pus ou dans les divers organes avec ceux constatés dans la sécrétion vaginale. Dans le cas d'analogie d'une espèce d'organisme : injections de cultures pures de cet organisme et, finalement : injection simultanée de toutes les espèces d'organismes de la sécrétion. L'auteur s'était dit : si l'on réussit : 1) avec la sécrétion vaginale d'une femme enceinte à provoquer la formation d'abcès ou une infection générale; 2) à mettre en évidence, dans le pus ou dans les organes des animaux en expérience, un micro-organisme également constaté dans la sécrétion vaginale ; 3) à provoquer à nouveau, par l'injection de cultures pures de cette espèce d'organisme, provenant de la sécrétion ou du pus, la formation d'abcès ou une infection générale, *de tels résultats constitueront une preuve absolue qu'il existe dans la sécrétion génitale des organismes pathogènes.*

De ces recherches expérimentales, pour lesquelles il a aussi

institué une autre série d'expériences de contrôle, Steffeck dégage les propositions suivantes : a) *les micro-organismes contenus dans le canal génital de la femme saine et non examinée, le staphylocoque blanc, le staphylocoque doré, et le streptocoque sont des micro-organismes pathogènes.*

b) *Chez la femme enceinte l'auto-infection est possible* (si les cas d'auto-infection sont, malgré la fréquence relativement grande 40-50 0/0 de la présence des micro-organismes dans le conduit génital, rares, c'est que certaines conditions sont nécessaires pour que ces micro-organismes soient en état de montrer leur virulence, effractions, déchirures de la muqueuse).

Il y a lieu de faire une *désinfection prophylactique*. Mais, quand faut-il la faire, et comment doit-on s'y prendre ?

1) Il convient de faire cette désinfection à chaque accouchement, et le plus près possible du début ; 2) on nettoie d'abord avec 2 doigts la portion vaginale et le vagin, puis on pratique, toutes les deux heures, des irrigations vaginales avec un litre de solution de sublimé (1 : 3000) ou de solution phéniquée (3 0/0).

Résultats. — Durant l'année 1889, 378 accouchements. Sur le nombre, 41 fois suites de couches avec de la fièvre ; à noter qu'on a considéré comme suites de couches fébriles celles même dans lesquelles il n'y avait eu qu'une élévation de température, quelle qu'ait été sa cause, pourvu qu'elle dépassât 38°.

C'est à partir du 1er mai 1889, qu'on appliqua la méthode de désinfection imaginée par l'auteur. Or, de ces 41 cas, compliqués de pyrexie, 27 font partie des 139 accouchements survenus avant la pratique de la désinfection, tandis qu'il n'en reste que 14 pour les 239 accouchements ayant eu lieu de mai à décembre, donc, morbidité, sans désinfection prophylactique 19.4 0/0, avec désinfection 5.9 0/0.

Durant l'année 1890, les résultats ont été aussi satisfaisants : sur 200 accouchements, il y eut 15 suites de couches fébriles, dont 7 avec seulement une seule élévation thermique au-dessus de 38°, dans 2 cas, la fièvre avait apparu déjà pendant le travail, enfin, 1 accouchée fit de l'érysipèle de la face. Si l'on fait abstraction de ces derniers cas, le chiffre de la morbidité, est le même que l'année précédente ; si on les compte, ce chiffre s'élève à 7.5 0/0, proportion encore satisfaisante.

En résumé, *on a fait, en tout, la désinfection prophylactique*

du canal génital dans 400 accouchements, et l'on a eu comme taux de morbidité durant les suites de couches, 6.5 0/0.

En terminant, l'auteur fait remarquer combien pourtant sont défavorables au point de vue de la résalisation d'une antisepsie rigoureuse les conditions spéciales de la clinique; c'est, en effet, un centre très actif d'enseignement. Les assistants, les étudiants (étudiants et sages-femmes) sont extrêmement nombreux en comparaison surtout du chiffre limité des parturientes. Enfin, comme dernier argument contre les adversaires de la théorie de l'auto-infection, Steffeck leur pose la question suivante : *pourquoi désinfecte-t-on le vagin avant toute intervention chirurgicale sur cetterégion.*

R. L.

Observations cliniques et bactériologiques sur une épidémie de fièvre puerpérale. (Klinisches und Bakteriologisches über eine puerperal fieber. Epidemie), DODERLEIN. *Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd XL, Hft 1, p. 99.

Le 25 septembre, à 3 heures de l'après-midi, la parturiente Jahn est amenée à la salle d'accouchements, et est examinée, pour la première fois, par l'élève sage-femme de service. Le même jour, vers six heures, une deuxième parturiente, Hengts, est examinée par cette sage-femme, et seulement par elle. Dans la nuit qui suivit, vers 2 heures, se présenta une 3e femme, enceinte, qui fut examinée par la même sage-femme mais renvoyée bientôt après dans le dortoir des femmes enceintes comme n'étant pas en travail. Or, ces 3 femmes, examinées, en l'espace de 12 heures par la même sage-femme, et Kuhn et Hengts, touchées seulement par elle, furent très gravement malades, l'une d'elles mourut.

D'autre part, il est important de noter qu'une autre parturiente examinée le même jour, 25 septembre au matin, par la même sage-femme, eut des suites de couches parfaitement normales, de même une autre parturiente, examinée seulement le 27 septembre, 36 heures après Kükn, eut aussi des suites de couches normales.

A priori, il paraissait vraisemblable que la sage-femme avait dû jouer un rôle important dans l'étiologie de ces infections successives. Mais, en raison même de ces occupations, bien définies, il venait tout de suite à l'esprit qu'elle avait dû prendre le germe infectant de la malade examinée la première. Une enquête dirigée dans ce sens confirma entièrement cette hypothèse. La femme Jahn, en

effet, présentait une inflammation suppurative de l'œil gauche, liée au port d'un œil en verre. Cet appareil, dont l'usage n'avait pas été entouré des précautions nécessaires, avait provoqué une conjonctivite généralisée intense, et consécutivement, de la suppuration. Le professeur Zweifel eut l'idée que le point de départ des 3 processus infectieux graves observés, était dans ce foyer de suppuration. Des recherches bactériologiques multiples témoignèrent en effet que les micro-organismes contenus dans le pus résultat de la conjonctivite (staphylocoque doré et streptocoque pyogène), jouissaient d'une virulence extrêmement marquée; de plus, l'examen du pus et des produits exsudés et recueillis sur la femme qui avait succombé, et qui à l'autopsie présenta une péritonite fibrino-purulente, décela la présence des mêmes organismes (staphylocoque doré et streptocoque pyogène).

L'auteur fait remarquer, en outre, que ces infections successives se produisirent malgré le soin que l'élève sage-femme avait sûrement pris de désinfecter ses mains (brossage, 5 minutes durant, des mains avec du savon et de l'eau chaude, lavage dans de l'eau pure, puis dans de la solution chaude de sublimé à 1 : 2000 et d'un mélange d'une solution chlorurée sodique et d'acide acétique à 0,6 p. 0/0), et conclut de cette impuissance à réaliser une désinfection immédiate, efficace, dans les cas où il y a eu contact avec des agents très virulents, à l'utilité de s'abstenir, pendant un certain laps de temps, de tout examen obstétrical.

R. L.

Faits cliniques comparatifs au sujet des parturientes examinées et non examinées. (Vergleichende klinische Beobachtungen untersuchter und nicht untersuchter Geburtsfälle), G. ROSSIER. *Cent. f. Gyn.*, 1891, nº 14, p. 265.

A l'exemple d'Ahlfeld et de Léopold, l'auteur a étudié, comparativement, la marche des suites de couches chez des femmes qui avaient été examinées et qui avaient été soumises à la pratique des injections antiseptiques, et chez des femmes qui, au contraire, n'avaient été ni examinées ni soumises à ces lavages. On sait quels résultats contradictoires ont obtenu Leopold et Ahlfeld ; tandis que le premier constatait un taux de morbidité de seulement 1.7 0/0, le second avait trouvé la proportion énorme de 60 p. 0/0 pour les femmes non examinées. De là, bien entendu, des déductions pratiques diamétralement opposées. Or, les chiffres obtenus par Rossier sont tout au moins aussi curieux.

	Série I.			Série II.		
	Sans fièvre	Fièvre jusqu'à 39°	Fièvre au-dessus de 39°	Sans fièvre	Fièvre jusqu'à 39°	Fièvre au-dessus de 39°
Femmes non examinées....	89.1 0/0	10.9 0/0	0.0 0/0	76.6 0/0	16.7 0/0	6.7 0/0
— examinées........	80.3 0/0	14.8 0/0	4.9 0/0	93.1 0/0	6.9 0/0	0.0 0/0

Il suffit, en effet, de jeter un simple coup d'œil sur ces chiffres pour voir que les résultats sont contradictoires. D'après la première série, en effet, ce sont les femmes non examinées qui ont les suites de couches les plus simples ; d'après la seconde, c'est tout le contraire. La conclusion que tire l'auteur de ces contradictions apparentes, c'est qu'ils existe toute une série de circonstances qui, abstraction faite de la condition en litige, influent sur les suites de couches de façon à produire ces résultats, pour ainsi dire paradoxaux. Au point de vue pratique, il conclut de la manière suivante : réduire autant que possible les examens internes, faire donner à l'exploration externe le maximum de renseignements, interdire la pratique des injections vaginales aux sages-femmes, parce qu'elles comportent 2 dangers : 1) possibilité d'une injection imparfaitement aseptique ; 2) possibilité d'inoculer des germes dans des effractions, des lésions de la muqueuse ; en ce qui concerne la désinfection prophylactique recommandée par Steffeck, nécesssité de nouvelles observations.

R. L.

Troisième communication sur 200 accouchements sans désinfection interne. (Dritter Bericht über 200 Geburten ohne innere Desinfektion), Mermann. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 20, p. 399.

Ces 200 accouchements se sont produits du 10 janvier 1890 au 21 février 1891 ; il y a eu 32 primipares et 168 multipares. 176 fois, il s'est agi de présentations de la tête et d'un accouchement normal, 24 fois d'accouchements non réguliers ; 3 fois présentation de la face ou du front, 3 fois présentation de l'extrémité pelvienne, 2 fois présentation du tronc, 3 fois forceps, 2 fois jumeaux (dans l'un de ces cas, on avait provoqué l'accouchement avant terme par suite d'hydramnios et l'on avait terminé l'accouchement par version et extraction des jumeaux), 2 fois placenta prævia central (dans les 2 cas, version combinée), dans l'un, on désinfecta le vagin parce que la parturiente avait été tamponnée avant son arrivée. C'est le seul cas de désinfection interne ; 4 fois on retira de l'utérus soit le placenta, soit des débris volumineux des membranes, 1 fois éclampsie légère ; 1 fois, à la fin de la grossesse,

on avait introduit une bougie dans l'utérus, bougie qui resta en place 12 heures jusqu'à l'apparition de contractions régulières ; 1 fois, dans un cas de rétroflexion partielle d'utérus gravide (Veit) au 8e mois de la gestation, compliquée de symptômes accusés de gangrène vésicale, on introduisit une bougie et on fit l'extraction manuelle d'un fœtus macéré ; 1 fois, il s'agissait d'un fœtus putréfié, dans un autre cas, d'accidents graves subordonnés à une lésion cardiaque non compensée.

Sur ces 200 accouchements, pas un seul cas de mort, pas même un seul cas d'infection grave. Toutes les accouchées sortirent bien portantes, une au 18e jour, toutes les autres avant le quatorzième jour.

En bloc, 11 cas dans lesquels la température atteignit 38°, soit 5 1/2 0/0. Dans ces 11 cas, s'en rangent 2 qui, sûrement, correspondaient à des affections extra-génitales (rhumatisme polyarticulaire antérieur à l'accouchement, bronchite tuberculeuse), si l'on fait abstraction de ces 2 cas, le chiffre de la morbidité descend à 4 1/2 0/0.

Il n'y eut qu'un seul cas de conjonctivite, légère d'ailleurs, des nouveau-nés, bien que les lavages fussent simplement faits avec de l'eau distillée.

En résumé, en réunissant cette nouvelle série d'accouchements à ceux, antérieurs, traités sans désinfection interne, *il reste un total de 500 accouchements sur lesquels on ne compte aucun cas de mort, aucun cas d'infection grave, et pour lesquels, abstraction faite des affections d'origine extra-génitale, le chiffre de la morbidité oscille de* 5-6 0/0. R. L.

De l'intoxication par le sublimé. (Ueber Sublimatintoxication), C. Geblard. *Zeitsch f. Geb. u. Gyn.*, 1891, Bd XXI, Hft. 2.

Ce travail a été fait à l'occasion d'un cas d'hydrargyrisme aigu survenu à la suite d'injections intra-utérines. Il en avait été donné deux à intervalle de quelques jours, sans aucune conséquence fâcheuse. Mais à la suite d'une 3e, tous les signes d'une intoxication aiguë se développèrent et la femme succomba au 8e jour. Il importe de noter que pendant qu'on donnait cette 3e injection qui fut fatale, la femme fut subitement prise d'une douleur pongitive et brûlante dans l'abdomen, et qu'elle émit l'opinion que l'injection n'était pas donnée, n'allait pas comme d'habitude. A la douleur se surajoutèrent bientôt des éblouissements, des vomissements et des syncopes. On pensa que l'utérus avait dû être perforé et, de fait, on constata, à l'autopsie, dans le voisinage immé-

diat de l'orifice utérin de la trompe droite, deux perforations, qui intéressaient toute l'épaisseur de la paroi utérine. Les choses avaient dû se passer de la façon suivante : perforation de l'utérus en deux points, injection directe de la solution mercurielle dans la cavité abdominale, résorption rapide par le péritoine du liquide injecté, intoxication mercurielle, qui se compliqua d'une péritonite septique, développée à la suite de la communication de l'intestin avec la cavité péritonéale, cette communication étant le résultat de l'ulcération complète de la paroi de l'intestin sous l'influence de l'intoxication mercurielle.

A l'occasion de ce fait, l'auteur rappelle la symptomatologie et l'anatomie pathologique de l'hydrargyrisme aigu, mais il insiste plus particulièrement sur un des points les plus intéressants de ce processus, et sur la pathogénie duquel on discute encore. Il s'agit des dépôts calcaires que l'on a observés dans le rein.

Comment s'expliquer la formation de ces dépôts ? 1re hypothèse : il s'agirait d'un *trouble fonctionnel*, c'est-à-dire d'une excrétion exagérée de sels calcaires. Et, dans ce cas, la chaux devrait se déposer dans les canaux urinifères, et l'épithélium de ces canaux, bien que lésé, devrait encore conserver sa fonction ; 2e hypothèse : on se trouverait en présence d'un *trouble de nutrition*, d'une nécrose suivie d'une putréfaction des éléments épithéliaux eux-mêmes, auquel cas, les canaux urinifères devraient être tapissés d'un épithélium calcifié ; 3e hypothèse : on aurait affaire à un *processus de formation*, il y aurait du véritable tissu osseux formé. Mais, cette dernière hypothèse doit être écartée par la raison que, jamais, on n'a obtenu, après dissolution des sels calcaires rien qui rappelât le tissu ostéoïde. En résumé, il ne reste que deux hypothèses : la première compte parmi ses partisans Virchow, la seconde Kaufmann, Neuberger, etc. Or, des constatations qu'il a faites en examinant au microscope plusieurs préparations du tissu rénal de la femme qui avait succombé, l'auteur se range à la seconde théorie, c'est-à-dire que, contrairement à Virchow, il admet *qu'il s'agit sûrement d'une calcification de l'épithélium des canaux urinifères, et que la substance calcaire n'est pas excrétée dans la lumière de ces canaux.*

R. L.

Le Gérant : G. Steinheil.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Septembre 1891

TRAVAUX ORIGINAUX

SUR QUELQUES MODIFICATIONS DU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE DE L'HYSTÉROMYOMECTOMIE

Par **Dmitri de Ott**, professeur de gynécologie à St-Pétersbourg.

Tout le monde est d'accord pour admettre qu'une méthode chirurgicale unique, quelque parfaite quelle soit, ne doit jamais être appliquée indistinctement à tous les cas. Chaque cas pathologique présente ses particularités individuelles et comporte des indications spéciales, non seulement quant au choix de la méthode thérapeutique, mais encore quant à la manière d'exécuter chacun des temps pris isolément. Il est évident, que plus il y aura de précision dans la manière de poser les points principaux de chaque détail opératoire, que mieux sera établi leur lien avec toutes les déviations du type opératoire fondamental, plus on sera autorisé à conseiller ce procédé. D'autre part, la difficulté de satisfaire ces exigences dépend immédiatement de ce fait que les tissus ou les organes sur lesquels nous devons agir varient. A ce point de vue il faut indiquer tout particulièrement les opérations gynécologiques, qui sont suivies d'ouverture de la cavité abdominale. La nature de l'organe, auquel s'attaque l'intervention chirurgicale, a une grande importance. Les altérations kystiques des ovaires sont en somme bien moins complexes que les affections de la matrice exigeant l'inter-

vention chirurgicale; aussi est-il indubitable que le perfectionnement des procédés opératoires, portant sur les annexes de l'utérus, ait été beaucoup plus grand comme l'attestent les succès atteints dans ce domaine de la gynécologie opératoire.

Malheureusement, nous sommes incapables, même à présent, de présenter des résultats aussi bons pour l'extirpation des tumeurs de l'utérus, surtout des tumeurs fibreuses; dans ces cas, la mortalité est beaucoup plus grande que celle de l'ovariotomie, qui n'est actuellement que de 1 0/0; cette dernière même varie considérablement suivant la nature des tumeurs opérées. Si le chirurgien se trouve en présence d'une série de kystes intra-ligamenteux, exigeant pour leur extirpation des difficultés techniques nombreuses, le taux de la mortalité sera 3 à 4 fois plus grand et ce sera néanmoins le meilleur résultat que nous puissions souhaiter, au moins à l'époque actuelle.

Pour la myômectomie, la nature des cas, pris en particulier, influera encore davantage sur les résultats définitifs de l'opération. Si la laparotomie, faite pour des fibromes à pédicule mince, ne donne qu'un pourcentage (1 0/0) de mortalité insignifiant; pour les fibromes interstitiels, surtout pour ceux qui envahissent le col utérin et exigent parfois l'extirpation totale de la matrice en l'état actuel des choses, on perd à peu près une malade sur quatre, c'est-à-dire 25 0/0. Cette différence dans les résultats, dépendant essentiellement du lieu de développement et de la nature des tumeurs fibreuses, nous impose le devoir de modifier aussi la technique opératoire conformément aux variétés particulières des fibro-myômes utérins. Certes, ici, l'indication, en principe, serait, dans tous les cas, de tendre à conserver les organes et, par cela même, le pouvoir génital dans l'avenir. Partant de cette exigence légitime, on peut diviser tous les cas d'opération de fibro-myômes utérins en deux catégories :

1° Les cas, où la conservation de l'utérus se présente comme possible.

2° Les cas, où pour la guérison radicale de la malade on est obligé de sacrifier l'utérus en partie ou en totalité.

A la première catégorie appartiennent les cas où un ou plusieurs fibromes sont fixés par un pédicule plus ou moins mince (ces cas donnent les résultats les plus favorables), et ceux où sans posséder de pédicule, ils sont situés si superficiellement, qu'après la section de la capsule on peut les extirper de la paroi utérine, en conservant l'utérus.

Ce procédé opératoire est quelquefois aisément praticable même avec des fibromes très volumineux, qui, accompagnés d'augmentation considérable de l'utérus, se montrent au premier abord, comme autorisant l'indication à l'amputation sus-vaginale de tout le corps utérin. J'ai pu m'en convaincre en opérant une malade porteuse d'un fibro-myôme colossal (la circonférence de son ventre avait *un mètre*). Ces manœuvres sont incomparablement plus faciles, qu'on ne se l'imaginerait a priori.

Aussi, en opérant les malades que j'ai rangées dans la deuxième catégorie, celles, où l'amputation sus-vaginale devient indispensable, *il faut toujours tenter*, si c'est possible, *d'extirper la tumeur avant de se permettre de sacrifier l'organe entier*. Je crois, dans l'espèce, que même l'ouverture de la cavité utérine dans une certaine étendue ne peut servir d'indication à l'amputation sus-vaginale. Je range donc dans la première catégorie, les cas où, pour l'extirpation d'un fibroïde sous-muqueux, on est obligé de recourir à l'ouverture de l'utérus, suivie de l'application de sutures de ses parois, une fois la tumeur fibreuse extirpée (laparo-hystérotomie pour énucléation d'un fibrome sous-muqueux).

Dans les cas relatifs à la seconde catégorie, le choix du procédé opératoire varie entre l'extirpation totale de l'utérus conjointement avec sa tumeur et l'amputation supra-vaginale.

C'est sur cette seconde catégorie de cas, présentant des résultats extrêmement insuffisants, que je veux m'arrêter principalement pour exposer quelques considérations, qui

peuvent présenter un certain intérêt pratique, bien qu'elles soient basées sur un nombre de cas assez limité. Néanmoins, je trouve que cette publication ne manquera pas d'un certain intérêt, afin que ces considérations puissent être vérifiées et critiquées ultérieurement. Je trouve d'abord nécessaire de noter que ces deux méthodes sus-indiquées, de l'extirpation totale et partielle de l'utérus fibromateux, n'ont pas encore leurs indications établies. Lorsqu'on lit les descriptions des auteurs, qui ont appliqué l'extirpation totale de l'utérus, on voit percer le désir de remplacer la méthode plus ancienne de l'amputation sus-vaginale par la méthode plus récente de l'extirpation totale de cet organe. Cette tendance est évidemment basée sur l'insuffisance des résultats obtenus après l'amputation sus-vaginale de l'utérus.

Bien que les cas publiés d'extirpation totale de l'utérus, affecté de tumeurs fibreuses, aient donné en somme des résultats plus favorables que ceux de l'amputation sus-vaginale, surtout si on tient compte de la difficulté et des conditions peu favorables dans lesquelles cette opération fut pratiquée, je crois que ces résultats sont bien loin d'être tels qu'on puisse les regarder comme suffisants pour trancher cette question de mode opératoire; ils le sont encore moins lorsqu'on les met en parallèle avec ceux de l'ovariotomie.

Pour ma part, je crois que la voie du succès doit être enfermée : 1° dans la délimitation exacte des indications de chacune des deux opérations susmentionnées et 2° dans la tendance au perfectionnement ultérieur de chacune de ces opérations en particulier.

Quant à la délimitation des indications, il restera toujours à l'amputation sus-vaginale tous les cas (à l'exception des cas septiques) où la partie de l'utérus, qu'on laisse après l'opération, permet de former un pédicule d'un diamètre plus ou moins minime. Le reste des cas, où le moignon est trop volumineux, ou dans lesquels, par exemple, grâce au développement du fibroïde dans le col utérin, il est complè-

tement impossible de former un pédicule, etc., doit être soumis à la laparo-hystéromyômectomie totale.

Quant à la seconde question, celle qui a trait au perfectionnement de la technique opératoire, le but doit être de diminuer les dangers principaux de l'hystéromyômectomie, savoir : Les accidents septiques (immédiats et secondaires) et les hémorrhagies, qui rendent le pronostic pour les suites de la myômectomie si redoutable.

La technique de l'extirpation totale de l'utérus affecté de fibro-myômes, présente beaucoup d'analogie avec les procédés appliqués pour l'extirpation de l'utérus cancéreux et le développement progressif de cette méthode est dû aux résultats favorables obtenus dans cette maladie.

Ayant déjà eu l'occasion de me prononcer à ce sujet dans la presse déjà deux fois, je me permets de renvoyer le lecteur à mes articles antérieurs (1).

Mes observations, faites avec les modifications introduites par moi dans les temps successifs de l'opération de l'amputation sus-vaginale, me donnent le droit de m'arrêter un peu plus longuement sur ce côté de la question afin de pouvoir décrire en détails les modifications que je propose.

Toutes ces modifications ont pour but d'assurer aussi parfaitement que possible la marche aseptique du cas donné et de prévenir l'hémorrhagie subséquente. En somme, toutes les manipulations se réduisent à abréger jusqu'au minimum possible la durée de l'opération et celle de la dénudation du péritoine, en diminuant ainsi les chances d'infection de l'organisme. L'ordre à suivre pour les temps successifs de l'opération serait le suivant :

Avant la dissection de la cavité abdominale chez la malade chloroformée et après avoir désinfecté soigneusement le

---

(1) *Extirpation totale de la matrice*, in Wratch, n° 49, 1889. (en russe), et in Annales de gynécologie, 1889, et Journal d'accouchement et des maladies de femmes, 1891 ; *Sur la gangrène putride du fibroïde submuqueux, comme indication à l'extirpation totale de l'utérus* (en russe).

vagin avec une solution de sublimé à 1 p. 2000, on fait, à l'aide d'une curette tranchante le curettage de la cavité cervicale, ainsi que du segment inférieur de l'utérus. Si le canal cervical est trop étroit et si l'instrument ne peut le franchir, on en fait la dilatation immédiate à l'aide de dilatateurs d'Hegar. Le curettage étant accompli, on procède à la désinfection de la cavité à l'aide de la même solution sublimée ; après quoi, toute la cavité du col doit être cautérisée aussi loin que peut aller l'extrémité en platine de l'appareil Paquelin ; on termine ce temps opératoire en bourrant le vagin de gaze iodoformée.

Après avoir accompli cette manœuvre, qui ne dure que dix minutes au plus, on se met à exécuter la section de la cavité abdominale.

La tumeur étant extraite au dehors, on procède à la ligature des ligaments larges et on les coupe partiellement jusqu'à l'utérus. (Si la dernière portion ne se trouve pas assez près de l'utérus, on peut consécutivement appliquer des ligatures sur les parties correspondantes ; dans ce cas, il est toujours préférable de placer les ligatures aussi près que possible de l'utérus, pour ne pas pincer les uretères, et de les passer parallèlement au col utérin.) Ensuite viennent la pose du constricteur en caoutchouc ou d'une soie solide, puis l'amputation de la matrice par une section perpendiculaire à son axe, la cautérisation profonde à l'aide du thermocautère de la cavité du col utérin, restée après l'opération, et la cautérisation superficielle de toute la surface de la coupe. Enfin, comme le montrent les figures schématiques ci-jointes, on passe à travers de toute l'épaisseur du col utérin (resté après l'opération) d'avant en arrière, à 0,5 à 1 centimètre de la surface, tout près du canal cervical sectionné et cautérisé, les fortes ligatures droite et gauche qu'on lie dans les deux directions opposées.

Ces ligatures étreignent ainsi en deux portions, droite et gauche, presque toute la masse des tissus du col utérin. Les ligatures ainsi placées, le canal cervical n'est point comprimé

et reste perméable dans toute sa longueur. De même en avant et en arrière de ce canal, il reste de petites portions de tissus non comprimés. Vu ce fait, si le col est trop volumineux et s'il y a à craindre une hémorrhagie subséquente provenant de ces portions, il faut mettre (avant de serrer la

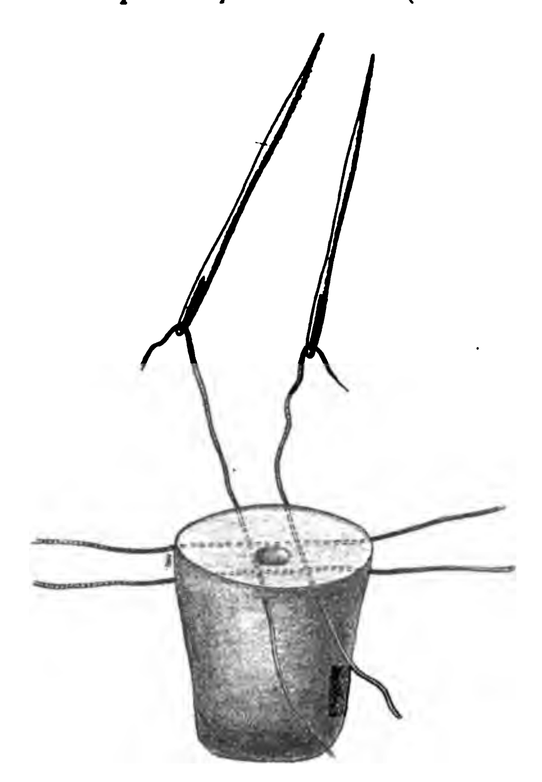


Fig. 1. — Deux paires de ligatures perpendiculaires l'une à l'autre assurent l'hémostase. (Procédé applicable aux cols trop volumineux pour être bien étreints dans une seule paire de ligatures.)

première paire de ligatures) encore deux ligatures traversant les précédentes à l'angle droit, et assurant ainsi l'hémostase. Les avantages de cette manière de placer les ligatures, consistent en ce que tous les vaisseaux sanguins, dont les bouts s'ouvrent au niveau de la coupe, sont inévitablement com-

primés par les ligatures embrassant les parties correspondantes du col et de plus, qu'ici le canal cervical n'est pas comprimé comme par la méthode de Kocher, mais reste ouvert pour l'écoulement libre des sécrétions. Après avoir appliqué les ligatures, on enlève le constricteur et à l'aide d'une longue sonde, munie à son extrémité d'un petit trou, on passe une mèche iodoformée par le canal cervical de haut en bas, suivant la direction du vagin, étalant l'extrémité abdominale de la mèche sur la surface de section. Pendant cette manœuvre, la gaze qui tamponnait le vagin est retirée, et remplacée par une gaze fraîche après l'opération. Après avoir passé la mèche, on ne recouvre plus le moignon du col (H. Treub) qui n'est d'ailleurs exposé à aucune manipulation ultérieure. Le moignon étant remis dans la cavité abdominale, on referme la plaie de l'abdomen.

Dans la période post-opératoire, on fait deux fois par jour des injections désinfectantes du vagin. La mèche est enlevée 4 à 5 jours après l'opération.

Les avantages des modifications, que j'ai apportées au procédé opératoire généralement suivi, consistent dans les points suivants :

1° La durée de l'opération est considérablement réduite, grâce à la simplicité extrême de la méthode (le moignon reste sans revêtement, procédé extrêmement simple pour prévenir l'hémorrhagie subséquente) ; c'est ce qui diminue les chances d'infection du malade durant l'opération, ainsi que l'apparition du shock. Toutes les modifications rapprochent l'opération d'une simple ovariotomie. La différence ne consiste que dans la manière d'appliquer les ligatures, ainsi que dans celle de désinfecter le pédicule. Cette modification est déterminée par la nature même du pédicule.

2° La désinfection des parties, qui figuraient souvent comme source d'infection subséquente des malades, est plus parfaite. Dans la méthode que je propose, *tout le canal génital* est soumis à une désinfection radicale. Pour arriver à ce but, nous trouvons que le meilleur moyen est l'emploi du fer

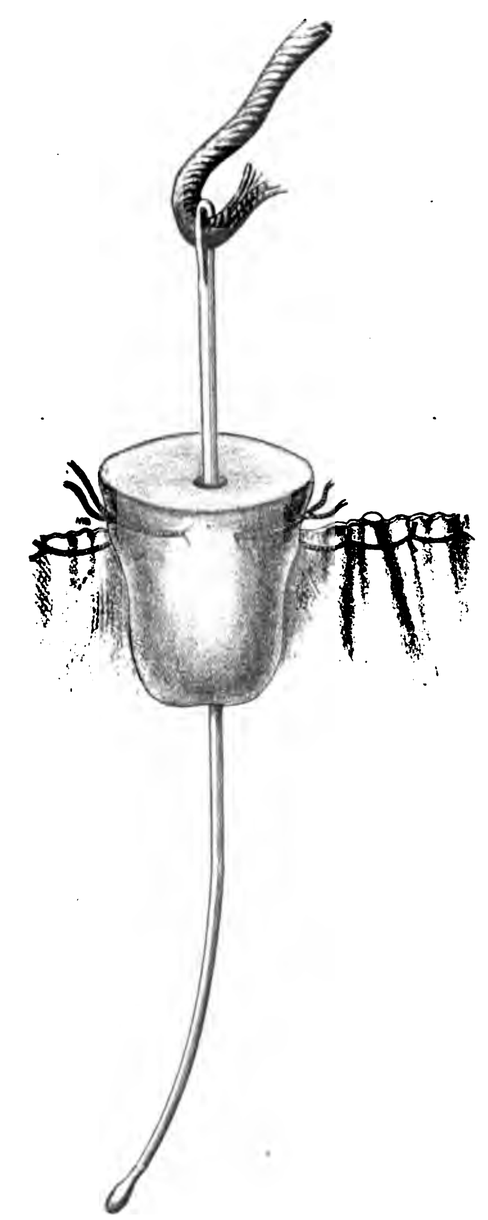


FIG. 2. — Une seule paire de ligatures, prenant les moitiés droite et gauche du col, en assure l'hémostase. Comme on le voit, la perméabilité du col est conservée et permet à un stylet chargé d'une mèche iodoformée de le traverser.

rouge (Zweifel); c'est de tous le plus sûr, surtout après la désinfection préalable de la muqueuse, mécanique et chimique.

Le drainage consécutif du canal cervical à l'aide d'une mèche iodoformée, assurant l'écoulement libre des sécrétions, favorise ultérieurement la marche aseptique du cas. La manière de traiter la partie conservée du col utérin établit une distinction essentielle entre ma méthode et celle employée par Kocher, Zweifel. D'abord, Kocher ne fait pas la désinfection complète du canal dans toute sa longueur, ce n'est que la partie supérieure qui subit la cautérisation, et en appliquant ses ligatures, il comprime jusqu'à le fermer d'une manière absolue le canal cervical, d'où une rétention des produits septiques, s'il y en a, au-dessus de la ligature, ce qui est absolument nuisible pour la malade. Cet inconvénient est évité dans ma méthode et, grâce au drainage du canal cervical, on a plus de chances d'obtenir la fermeture prompte et aseptique du canal au niveau de la coupe, par l'épanchement plastique réduit à son minimum par la cautérisation superficielle (dessiccation) du moignon.

3° L'hémostase simple et sûre n'est, on peut le dire, pas plus complexe que celle employée pour la ligature du pédicule épais d'un kyste que l'on divise en parties. Sur les bouts découpés des vaisseaux trop gros on peut appliquer à volonté des ligatures isolées.

4° Les soins à donner pendant la période post-opératoire, ne présentent pas de grandes différences avec ceux des méthodes ordinaires intra-abdominales, et sont extrêmement simples.

D'après tout ce qui précède, il est évident que la méthode que nous proposons pour la myômectomie paraît la plus convenable pour combattre les dangers liés à l'hystéromyômectomie. En dehors des considérations purement théoriques, qui parlent en faveur de mes modifications techniques, nous pouvons invoquer le fait de la marche apyrétique et aseptique de trois cas, opérés par moi suivant le procédé que je

viens d'exposer (1). Cela m'autorise à le recommander aux spécialistes, quoique je reconnaisse parfaitement que l'avenir seul pourra établir définitivement la valeur de cette méthode.

PÉRITONITE TUBERCULEUSE A FORME ASCITIQUE; PONCTION EXPLORATRICE; LAPAROTOMIE SUIVIE DE LAVAGE DU PÉRITOINE A L'EAU BORIQUÉE SATURÉE ET STÉRILISÉE; INJECTION DE SÉRUM DE CHIEN; GUÉRISON

Par M. le Dr **Pinard**, professeur à la Faculté de médecine,
et **E. Kirmisson**, agrégé, chirurgien des Enfants-Assistés.

Marie R..., âgée de 3 ans, est admise à la clinique Baudelocque, le 25 mars 1891. C'est une petite fille, à l'œil éveillé, qui arrive directement de la campagne, où elle était élevée chez une nourrice mercenaire. En allant voir son enfant il y a deux jours, la mère fut effrayée du volume extraordinaire de son ventre, et vint aussitôt consulter M. Pinard, qui lui conseilla d'entrer à la clinique avec son enfant.

La petite fille a eu, paraît-il, une bronchite en décembre 1890; mais la mère ne peut donner de renseignements circonstanciés sur cette maladie. Toutefois, si on en croit le dire de la nourrice, c'est à la suite de cette bronchite que le ventre aurait commencé à grossir.

La petite malade, avons-nous dit, est alerte, éveillée; c'est une petite fille de belle apparence, chez laquelle, en l'absence de tout autre phénomène pathologique, on est très surpris de trouver un ventre anormalement développé. L'abdomen en effet proémine fortement quand l'enfant est debout; il s'étale un peu, quand elle est couchée. La circonférence atteint 69 centim. au niveau de l'ombilic. Le ventre est régu-

(1) Nous ne relatons pas ici nos observations, les trois étant identiques, je dirai seulement qu'une fois, par suite du volume trop considérable de la tumeur, je fus forcé de prolonger l'incision presque jusqu'à l'appendice xiphoïde.

lièrement développé ; on n'y rencontre pas de bosselures ; il est évident qu'il est distendu par un liquide ascitique dont la tension est moyenne, car la sensation de flot est des plus nettes. La paroi abdominale est sillonnée de veines volumineuses, en plus grand nombre à droite qu'à gauche.

Les deux hypothèses qui se présentaient à l'esprit étaient celles de tumeur maligne et de tuberculose. A l'appui de cette dernière manière de voir, on pouvait invoquer ce fait que, si la mère a toujours joui d'une excellente santé, il n'en est pas de même du père, atteint, depuis deux ans, d'une affection de poitrine. Depuis deux ans, en effet, il a eu, coup sur coup, fluxion de poitrine, bronchites, pleurésies, accompagnées d'hémoptysie, de sueurs nocturnes et d'amaigrissement.

Dans le but d'éclairer le diagnostic, nous pratiquâmes, le 12 avril, une ponction exploratrice qui donna issue à 3250 gr. de liquide. La ponction terminée, le ventre s'affaisse complètement; on n'y trouve aucune tumeur, aucune bosselure. Le foie cependant paraît volumineux.

Le liquide fourni par la ponction a été examiné par M. Demont, interne en pharmacie de la clinique Baudelocque, qui a remis à M. Pinard la note suivante :

La couleur du liquide est jaune verdâtre par transparence, vert par réflexion. Il est à peine trouble, filant comme de l'huile, la réaction est neutre. Sa densité à la température de 16°,5 est de 1023.

Résidu fixe. — Le liquide donne un résidu fixe de 78 gr. 74 par litre, à 100°.

Résidu minéral. — Examiné avec soin, le liquide laisse un résidu de 8 gr. 36 par litre. L'analyse quantitative y montre la présence d'une forte proportion de chlorures, d'une notable quantité de phosphates combinés avec de la soude, de la potasse et de la chaux. Il n'y a pas de sulfates.

Recherches des matières albuminoïdes. — Ce liquide est très riche en matières albuminoïdes. Dosées par la chaleur et la précipitation alcoolique, elles ont laissé un résidu pesant 58 gr. 80 par litre.

Il a été procédé ensuite à la recherche et à la différenciation de ces matières. Il existe de notables quantités de fibrine, de la sérine, de l'hydropisine, des albuminoses. On trouve encore parmi les matières azotées de la paralbumine, mais il n'y a pas de mucine.

Le dosage de l'urée a donné 1 gr., 28 par litre.

La recherche de la glucose n'a donné qu'un résultat négatif. La liqueur de Fehling n'a même pas été réduite. On trouve une certaine quantité de matières grasses. Il n'y a pas de cholestérine.

L'examen microscopique montre : les globules sanguins bien conservés, des leucocytes, quelques globules de pus, des cellules graisseuses, quelques cellules contenant de fines granulations protéiques rougeâtres, des cristaux de sels, des cellules et des débris épithéliaux.

. . . .

La ponction ne donna lieu à aucune réaction ; mais le liquide ne tarda pas à se reproduire. Aussi la laparotomie fut-elle décidée dans le but de fixer le diagnostic, et, au besoin, d'intervenir utilement contre la cause de l'ascite.

La laparotomie fut pratiquée par M. Kirmisson le 22 avril. L'incision verticale et médiane est faite sur une longueur de dix centimètres environ entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic, de façon à conduire immédiatement sur le foie. Nous tombons sur un péritoine énormément épaissi, mesurant environ 7 à 8 millimètres d'épaisseur ; nous y faisons avec les plus grandes précautions une boutonnière permettant le passage du doigt, dans la crainte de léser quelque anse intestinale adhérente à sa face profonde ; puis, nous complétons la section du péritoine sur le doigt servant de conducteur. Il s'écoule de la cavité abdominale une grande quantité de liquide citrin. Le doigt introduit du côté de la face inférieure du foie ne rencontre aucune tumeur ; mais en revanche, on reconnaît à la face libre du péritoine rouge et tomenteux de grosses granulations tuberculeuses. Il s'agit donc manifestement d'une péritonite tuberculeuse. On fait un lavage

très complet du péritoine avec l'eau boriquée stérilisée ; la canule est insinuée entre les anses intestinales pour laver partout, et ne pas laisser un seul point du péritoine qui ne soit soumis à l'action de l'acide borique.

Des flocons fibrineux sont entraînés par le liquide. On enlève avec des éponges l'excès d'eau boriquée, et l'on termine par une suture à points séparés du péritoine avec le catgut ; le reste de la paroi abdominale est suturé au crin de Florence. Pansement à la gaze iodoformée, bandage compressif.

Les suites opératoires ont été absolument normales ; la température n'a jamais dépassé 37°,5. Ablation des fils le douzième jour ; réunion par première intention.

Le diagnostic de péritonite tuberculeuse étant confirmé, il était vraisemblable que le liquide allait se reproduire ; et, en effet, il se reproduisit en partie.

C'est alors que M. Pinard songea à soumettre la petite malade aux injections de sérum de chien, dont il avait l'expérience pour en avoir pratiqué déjà un grand nombre sur des nouveau-nés.

Les injections ont été commencées le 27 avril, c'est-à-dire 5 jours après la laparotomie, et pendant une première série de 6 jours. L'injection est faite, chaque fois, dans le dos ou au niveau des fesses, avec les précautions antiseptiques d'usage. Les injections ont été faites aux doses suivantes : Les 27, 28, 29 avril et 18 mai, on a injecté une demi-seringue de Pravaz ; les 2 et 3 mai, on a injecté une seringue de Pravaz entière. Mais, à ce moment, on dut suspendre les injections, car le sérum était trouble, légèrement putréfié, et son introduction dans l'organisme déterminait localement de la rougeur et du gonflement, et, sur tout le corps, des éruptions plus ou moins analogues à de l'urticaire et s'accompagnant de démangeaisons très vives.

[illegible] furent attribués à la mauvaise qualité du [illegible] d'autant plus qu'ils s'étaient produits également chez [illegible] injectée en même temps que la petite fille et [illegible] de péritonite tuberculeuse.

On fut donc obligé de suspendre les injections jusqu'au 21 mai, époque à laquelle on disposa de nouveau de sérum de bonne qualité.

A ce moment, les injections de sérum furent reprises, et faites avec la seringue de Roux, plus facile à stériliser que celle de Pravaz.

On injecte ainsi :

Le 21 mai,	2 cent. cubes.	Le 19 juin,	2 cent. cube
23 —	2	20 —	2
26 —	1	22 —	2
28 —	1	26 —	2
5 juin,	1 1/2	29 —	2
8 —	1 1/2	2 juillet,	2
10 —	2	3 —	2
11 —	2	4 —	2
12 —	2	5 —	2
14 —	1 1/2	6 —	2
16 —	2	7 —	2
17 —	2		

Ces injections ne déterminèrent pas d'accidents, comme la première fois; d'ailleurs, le sérum était toujours clair, limpide et sans odeur. Il se produisit seulement, au niveau d'une piqûre, un petit abcès de la fesse, qui fut ouvert le 10 juillet. Pendant les quelques jours qui suivirent la laparotomie, et surtout pendant que se produisirent les légers accidents d'intoxication dus au sérum altéré, l'enfant perdit un peu de sa gaieté et de son appétit, mais ce ne fut que passager. Car, dès le 15 mai, son état général était excellent, et il ne fit que s'améliorer depuis lors.

Fait remarquable également, le ventre qui avait commencé à augmenter un peu de volume après la laparotomie, diminua progressivement. On note, en effet, les dimensions suivantes : Circonférence de l'abdomen au niveau de l'ombilic, le 11 avril, avant la laparotomie, 69 centim. ; le 15 mai, 53 centim. ; le 20 juin, 49 centim. ; le 12 juillet, 47 centim.

Le 19 juin, l'enfant pesait 12 kilogr.; depuis lors, sont poids est resté le même.

On ne trouve plus trace d'ascite; le ventre est plat et parfaitement souple. Il ne reste plus qu'à l'épigastre une cicatrice de 10 centim. de longueur environ, pour rappeler la grave maladie dont cette enfant peut être aujourd'hui considérée comme guérie.

....

Telle est cette observation, qui nous a paru assez intéressante pour mériter d'être publiée. Elle peut être donnée comme un exemple de la phase actuelle de la lutte contre la tuberculose, dans laquelle sont associés les moyens d'ordre médical et chirurgical, le chirurgien réalisant les actions mécaniques nécessaires, tandis que, par un traitement médical, on vise l'agent pathogène lui-même, le bacille tuberculeux. Nous nous garderons bien toutefois de tirer de cette observation des conclusions absolues; car nous n'ignorons pas qu'il existe des faits de péritonite tuberculeuse dûment confirmée dans laquelle la seule intervention chirurgicale a suffi à procurer la guérison. Nous serons d'autant plus réservés que, dans un autre cas de péritonite tuberculeuse qui appartient en commun à MM. Pinard et Segond, la combinaison des injections de sérum jointes à l'intervention chirurgicale, n'a pas donné de résultats aussi brillants.

Il s'agit d'une jeune fille atteinte d'ascite en même temps que de tumeur pelvienne, chez laquelle M. Segond fit, le 26 novembre dernier, la laparotomie. On trouva le péritoine pariétal tapissé de granulations tuberculeuses, et le petit bassin rempli par une tumeur impossible à énucléer. On dut se contenter de faire la toilette du péritoine et de refermer le ventre. La malade rétablie de son opération quitta l'hôpital le 29 décembre. Mais l'ascite ne tarda pas à se reproduire; le 11 février 1891, une ponction était devenue nécessaire, et elle donna issue à 5750 gr. de liquide.

Le 22 avril, une nouvelle évacuation de l'ascite était devenue utile; on résolut de la faire suivre d'un lavage du péri-

toine avec une solution saturée d'acide borique. Dans ce but, M. Segond pratique, le 22 avril, sur la cicatrice ancienne, une incision de quatre centimètres de longueur, et fait passer par cette incision trois litres de solution boriquée stérilisée ; la plaie abdominale est réunie par deux points de suture.

Cinq jours après cette seconde laparotomie, le 27 avril, M. Pinard commença les injections de sérum de chien.

Voici le tableau de ces injections de sérum faites avec la seringue de Pravaz :

27 avril,	2 centim. cubes.	30 avril,	2 centim. cubes.
28 —	2 —	1er mai,	2 —
29 —	2 —	2 —	2 —

A ce moment, on dut suspendre le traitement, parce qu'on ne disposait plus d'un sérum suffisamment pur, et que les injections déterminaient des poussées d'urticaire.

Le 20 mai, on reprit les injections, en les faisant avec la seringue de Roux.

Du 20 mai au 15 juillet, il a été fait 34 injections de 2 centim. cubes chacune, représentant, par conséquent, 68 centim. cubes de sérum.

La malade a très bien supporté ces injections ; il lui semble même qu'elles lui font du bien ; jamais elle n'en a ressenti aucun inconvénient ; elle n'a pas eu d'abcès, et a présenté seulement quelques éruptions ortiées, quand le sérum était un peu altéré.

Toutefois, malgré ce traitement, les lésions progressent ; le liquide se reproduit, et, le 1er juillet, on est de nouveau obligé de recourir à la ponction, pour retirer 4660 gr. de liquide ascitique. Cette fois le liquide est rosé, et contient manifestement du sang.

La ponction terminée, on explore le ventre, et on y constate l'existence de masses dures, très volumineuses, occupant la majeure partie de la région sous-ombilicale, et de la moitié gauche de l'abdomen.

La paroi abdominale est elle-même altérée; la cicatrice opératoire est volumineuse, rouge, douloureuse; il semble qu'elle soit envahie par la tuberculose.

La percussion du thorax indique de la submatité à la base gauche, ce qui fait soupçonner l'existence d'un épanchement pleurétique. Depuis quelques jours cependant l'état général de cette femme est meilleur.

Bien des traits distinguent cette seconde observation de la première. D'abord le traitement par les injections a été entrepris longtemps après la première laparotomie; celle-ci est du 26 novembre, et la première injection n'a été faite que le 27 avril, c'est-à-dire cinq mois après; le traitement a donc été beaucoup plus tardif que dans le premier cas. En outre, il s'agit ici d'une adulte, et non plus d'une enfant. Enfin et surtout, ce qui existait chez la femme traitée par MM. Pinard et Segond, c'est une tumeur tuberculeuse du bassin compliquée de péritonite, et non plus une péritonite tuberculeuse pure et simple comme chez notre petite malade. Ce sont là, on le comprend, des conditions bien différentes au double point de vue du pronostic et du traitement.

DE L'EXTIRPATION DE L'UTÉRUS PAR LA VOIE SACRÉE

(*Suite et fin*) (1).

Par **Félix Terrier** et **Henri Hartmann**.

III. — Difficultés et accidents de l'hystérectomie sacrée. — Ses complications. — Ses résultats.

L'hystérectomie sacrée n'est pas une intervention simple. Elle implique une opération préliminaire importante, destinée à ouvrir une voie au chirurgien qui veut aborder l'utérus en arrière. Elle est loin de donner les facilités dont parlent

(1) Voir *Annales de gynécologie*, août 1891, p. 81.

quelques auteurs, qui, n'ayant opéré ou vu opérer que sur le cadavre, sont pris d'enthousiasme pour une opération où l'on a, disent-ils, les vaisseaux sous le doigt, où l'on opère avec le contrôle de la vue.

L'*opération préliminaire*, qui consiste en une résection partielle du sacrum ou, tout au moins, en une incision étendue des parties molles, est par elle-même importante. Pour aborder les organes pelviens de la femme, il faut une voie plus large que pour aller sur un cancer du rectum et l'opération est certainement plus pénible.

Plusieurs chirurgiens ont eu à combattre des *hémorrhagies* assez fortes, à la suite de la section d'artères présacrées (Hegar, P. Müller). D'autres ont éprouvé des *difficultés à reconnaître et à ouvrir le péritoine*. Chez notre deuxième malade nous eûmes de la peine à le voir, doublé qu'il était d'une couche cellulo-graisseuse extrêmement épaisse. Hegar et d'autres se sont trouvés aux prises avec les mêmes difficultés. Kni, croyant ouvrir le péritoine, a ouvert le cul-de-sac vaginal postérieur. Aussi est-il nécessaire de s'orienter avec le plus grand soin, quand ce ne serait que pour éviter des décollements latéraux inutiles. On a conseillé, dans ce but, de bourrer préalablement le rectum avec de la gaze iodoformée. Mieux vaut utiliser le doigt d'un aide, qui, mobile et intelligent, donnera à l'opérateur des renseignements beaucoup plus utiles qu'un tamponnement préalable.

Malgré ces diverses manœuvres, il est arrivé maintes fois des accidents au cours de cette recherche du cul-de-sac péritonéal. Hochenegg (1), en voulant écarter le *rectum* et passer à côté de lui pour aborder le cul-de-sac recto-utérin, déchira cette portion de l'intestin. Zinsmeister (2), pendant la même manœuvre, perfora le rectum. Kni (3), croyant ouvrir le cul-de-sac de Douglas, incisa une anse d'intestin grêle adhérente et dut abanbonner l'opération.

(1) HOCHENEGG, obs. IV de notre tableau.

(2) ZINSMEISTER, obs. XI de notre tableau.

(3) KNI, obs. XXI de notre tableau.

Le péritoine ouvert, l'utérus sous les yeux, les difficultés ne sont pas encore toutes surmontées.

Pendant la libération de l'utérus, on a plusieurs fois *lésé la vessie*, et, à part Roux (1) qui, de propos délibéré, réséqua la vessie envahie, la lésion de ce viscère a toujours été accidentelle (cas d'Hochenegg, de P. Müller, de Kni, etc.) (2).

Il est encore une lésion, qui semble s'être présentée avec une fréquence toute particulière, c'est celle de l'*uretère* atteint dans 4 de nos 23 observations (faits de Hochenegg, de Czerny, de Kufferath, de F. Terrier) (3). Un point intéressant à noter c'est que cette lésion siège sur l'uretère du côté où l'on opère. Hochenegg lie l'uretère droit après avoir fait une incision à droite pour pénétrer dans le bassin; Czerny lèse l'uretère gauche après avoir fait une incision parasacrale à gauche; F. Terrier lie de même l'uretère gauche après avoir fait la même incision (4). Cela s'explique par ce fait que l'uretère, situé du côté où l'on opère, peut-être plus facilement désuni de ses connexions celluleuses avec le bassin et que, dès lors mobilisable, il se laisse plus facilement attirer et atteindre. Aussi, contrairement aux assertions théoriques d'Herzfeld, voyons-nons réalisées en pratique les craintes de Dittel qui, dans une discussion de la Société gynécologique de Vienne, parlait du danger que présentait pour les uretères la voie sacrée (5).

Enfin dernier point à mentionner, il a été quelquefois *difficile d'extraire l'utérus* même entièrement libéré. Roux (6), cherchant à attirer l'utérus avec une pince de Museux, fit une déchirure dans le col ramolli et dut passer la main

(1) Roux, obs. X de notre tableau.

(2) Hochenegg, obs. IV; P. Muller, obs. XVI; Kni, obs. XIX de notre tableau.

(3) Voir nos observations IV, XIV, XV, XXIII.

(4) Dans le cas de Kufferath, le côté n'est pas indiqué.

(5) *Société obstétric. et gynéc. de Vienne*, anal in *Centralbl. f. Gynæc.*, 1890, n° 3, p. 51.

(6) Roux, obs. IX de notre tableau.

entière dans la cavité péritonéale pour accoucher littéralement le fond déjà libéré de toute attache.

Ces divers accidents opératoires, joints à la difficulté de maintenir aseptiques les plaies de la région, expliquent la fréquence des accidents consécutifs. La *cellulite pelvienne* a emporté plusieurs malades ; nous la trouvons signalée dans les autopsies d'Hegar et de Kni ; dans un cas de F. Terrier il y avait de la *pelvi-péritonite suppurée*. Les *fistules urinaires* et *stercorales* ont aussi été observées. Signalons en terminant quelques complications plus rares, une *phlegmatia* (P. Müller), une *large eschare* (F. Terrier), la *nécrose* d'un fragment de sacrum réappliqué (Hegar et Wiedow).

Ces accidents et ces complications expliquent la médiocrité des *résultats* obtenus. Sur 23 cas, nous relevons 7 morts ; quant aux 16 guérisons opératoires, ce sont loin d'être toutes des succès chirurgicaux ; dans un cas de Kni l'opération fut incomplète, dans un de Czerny la récidive fut rapide, un troisième du même chirurgien guérit en conservant une fistule urétérale, enfin une malade de Kni mourut de récidive au bout de très peu de temps. Il ne reste donc que 12 guérisons complètes ; encore n'avons-nous pas de renseignements éloignés sur la plupart de ces malades et ne pouvons-nous juger actuellement des résultats définitifs de l'opération.

D'après tout ce que nous venons de dire, on pourrait conclure que l'hystérectomie sacrée est une mauvaise opération ; telle n'est pas cependant notre opinion.

L'hystérectomie sacrée n'a été appliquée qu'à des malades incurables par toute autre intervention. Guérir 12 de ces malades sur 23, c'est beaucoup, c'est d'autant plus qu'il s'agit là d'une opération à ses débuts, dont la technique est encore insuffisante, dont le pronostic va nécessairement s'améliorer. Diverses interventions que nous avons pratiquées par la voie sacrée, soit contre des cancers du rectum, soit contre une

fistule recto-vaginale consécutive à une pelvi-péritonite suppurée, nous ont permis de perfectionner notablement notre technique et nous avons la conviction que si l'indication d'une hystérectomie sacrée se présentait à nous aujourd'hui, nous la remplirions avec beaucoup plus de facilité que lors de nos deux premières opérations. Avant de préciser le procédé qui nous semble le meilleur, nous exposerons rapidement ceux qui ont été employés jusqu'ici.

IV. — Manuel opératoire de l'hystérectomie sacrée.

Le manuel opératoire de l'hystérectomie sacrée a, pour ainsi dire, varié avec chaque opérateur. Toutes les opérations présentent cependant un point commun, qui constitue, en quelque sorte, la caractéristique de l'opération de Kraske. Le chirurgien aborde l'utérus en arrière. C'est d'arrière en avant qu'il se fraie un chemin dans le bassin et non de bas en haut, comme par la voie vaginale ou par la périnéotomie transversale de O. Zuckerkandl (1). Que l'on passe à côté du sacrum ou qu'on le résèque, qu'on le déplace temporairement ou qu'on en supprime définitivement une partie, peu importe; c'est toujours le même principe. L'incision parasacrée et la résection ostéoplastique ne sont en somme que des variantes de l'opération type de Kraske. Toutefois pour mettre un peu d'ordre dans la question, nous étudierons successivement l'incision parasacrée, la résection définitive du sacrum, la résection ostéoplastique.

A. — *Incision parasacrée.*

E. Zuckerkandl (2), qui préconise l'incision parasacrée, conseille, pour aborder les organes génitaux internes de la femme, d'opérer à gauche. Il place la malade dans le décu-

---

(1) Voir HARTMANN (H.). De la périnéotomie transversale. *Annales de gynécologie*. Paris, 1890, t. II, p. 368.

(2) E. ZUCKERKANDL. Notiz über der Blosslegung der Beckenorgane, *Wiener klin. Wochensch.*, 4 avril 1889, n° 14, p. 276.

bitus latéral droit, tire de l'épine iliaque postéro-inférieure une incision parallèle au bord gauche du sacrum, incision qui se termine, au niveau de la fosse ischio-rectale, à égale distance de la tubérosité iliaque et du rectum. Il coupe les muscles et les ligaments sans crainte de léser les gros vaisseaux et les nerfs de l'échancrure sciatique, qui sont très en dehors de l'incision, et arrive ainsi au cul-de-sac de Douglas.

A. Wölfler (1) couche sa malade sur le côté gauche ; son incision part un peu au-dessous et à 1 à 2 centim. en dehors de l'union du sacrum et du coccyx ; elle décrit un arc de cercle à concavité tournée vers la tubérosité droite, passant près du rectum et se terminant dans le périnée, en un point voisin de la commissure inférieure de la vulve à 2 ou 3 centim. de cette commissure. La partie supérieure de cette incision met à nu le bord du grand fessier et le ligament tubéroso-sacré ; la moitié inférieure intéresse le creux ischio-rectal. Le grand fessier, les ligaments grand et petit sciatiques sont coupés au voisinage de leur insertion ; le releveur de l'anus est sectionné à son tour ; on arrive ainsi sur le rectum qu'on sépare du vagin et l'on aborde le péritoine au fond du cul-de-sac recto-utérin. Comme points particuliers de la pratique de Wölfler nous mentionnerons le conseil qu'il donne d'abaisser autant que possible l'utérus à l'aide de pinces de Museux placées sur le col et l'emploi du thermocautère pour arrêter les hémorrhagies.

Le mode opératoire suivi par Kufferath (2) se rapproche assez de celui de Wölfler, tout en en différant par le tracé cutané. Kufferath incise le long du bord latéral droit du sacrum à 2 ou 3 cent. au-dessus de l'articulation sacro-coccygienne, suit le bord droit du coccyx et se dirige sur la ligne

---

(1) A. WOELFLER. Ueber die parasaandlen und parartalen Schmitt zur Blosslegung des rectum des Uterus und des vagina. *Wiener klinische Wochenschr*, 1889, n° 15, p. 296.

(2) KUFFERATH. Ablation de l'utérus par le vagin. *Bull de la Soc. belge de gynécologie*, 1890-1891, t. I, p. 197.

médiane vers l'anus. Arrivé à 1 1/2 cent. de cet orifice il le contourne du côté droit à 1/2 centim. et revient en avant sur la ligne médiane. L'incision est continuée de là jusqu'au milieu de la commissure postérieure de la vulve.

Elle présente dans son ensemble la forme — ⌒ — et n'atteint pas les fibres du sphincter anal. La section du grand fessier, des ligaments sacro-sciatiques, du releveur de l'anus et le décollement du vagin d'avec le rectum sont faits, comme dans le procédé de Wölfler.

Incisant le vagin sur la ligne médiane postérieure, le cul-de-sac de Douglas en son fond, Kufferath libère l'utérus de ses diverses connexions, le fait basculer en arrière dans l'incision par son fond et termine cette libération par la section des ligaments larges.

B. — *Opérations avec résection osseuse.*

La résection osseuse peut être très limitée ; c'est alors en somme une incision parasacrée dont on augmente un peu la béance en supprimant une partie du bord latéral du sacrum. C'est ce que nous avons fait chez notre seconde malade. Chez une des siennes, Czerny s'est contenté d'ajouter à l'incision parasacrée la résection du coccyx (1).

P. Müller (2) ne fait de même qu'une résection très peu étendue, mais il opère d'une manière un peu spéciale. Plaçant la malade dans le décubitus dorsal, le siège fortement relevé, il met à nu le coccyx et la partie inférieure du sacrum à l'aide d'une longue incision partant de la pointe du coccyx. Ayant dégagé ces os de leurs insertions ligamenteuses et musculaires, il détache à coups de ciseaux la partie inférieure du sacrum qu'il résèque avec le coccyx. Le rectum étant refoulé à gauche, un aide fait, avec le doigt, saillir dans la

(1) CZERNY, obs. XIV de notre tableau.

(2) P. MÜLLER. Ueber die sogenannte Methode der total Extirpations des carcinomatous Uterus, *Corresp. Bl. f. Schweiz. Aerzte*, Basel, 5 janvier, 1891, t. XXI, p. 38.

plaie la paroi postérieure du vagin, qu'on incise. L'agrandissement en haut et en bas de cette incision permet d'atteindre facilement l'utérus.

En général, la résection est faite plus étendue.

Gersuny, Hochenegg, ont opéré suivant un mode se rapprochant beaucoup de l'opération type de Kraske (1).

On sait que celui-ci fait une incision médiane allant du milieu du sacrum à l'anus. Il détache les insertions du fessier le long du bord gauche du sacrum, désinsère les liga-

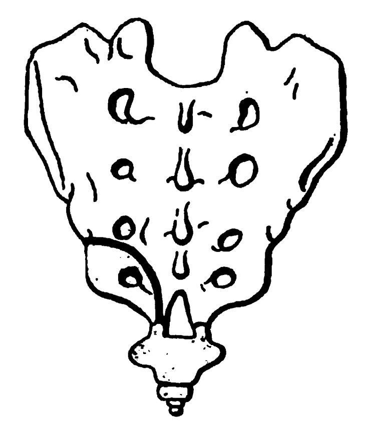


FIG. 1. — KRASKE.

ments sacro-sciatiques, extirpe le coccyx, puis, avec la gouge et le maillet, résèque la partie gauche de l'extrémité du sacrum, suivant une ligne qui passe horizontalement sous le troisième trou sacré et se recourbe suivant un arc à concavité gauche pour aboutir à la corne du sacrum.

Gersuny, dans le cas qu'il a opéré, a extirpé, après une incision en arc, le coccyx et réséqué l'aile droite du sacrum au-dessous du troisième trou (2).

Hochenegg, qui a publié sur la voie sacrée de nombreux

(1) KRASKE. *Arch. f. klin. Chir.*, 1886, t. XXXIII, Hft 3, p. 562.

(2) Observ. I de nos tableaux.

et importants mémoires (1), adopte une incision courbe à concavité gauche. Commençant au milieu de la symphyse sacro-iliaque gauche, elle décrit d'abord un arc convexe à droite, suit ensuite la ligne médiane en se dirigeant vers le bord latéral droit du coccyx près duquel elle finit à égale distance de l'anus et de cet os.

On sectionne la peau et tous les tissus suivant cette ligne d'incision courbe, on détache les insertions musculaires du fessier, dénudant les surfaces osseuses à l'aide du bistouri plutôt qu'avec la rugine, à cause de la surface raboteuse du sacrum. L'hémorrhagie est insignifiante et facile à arrêter. Le coccyx est libéré et dénudé de la même façon ; on le luxe en arrière et on l'extrait. Puis, après avoir détaché les deux ligaments sacro-sciatiques gauches de leurs insertions sacro-

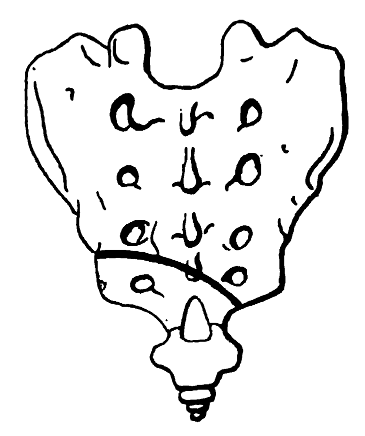


FIG. 2. — HOCHENEGG.

coccygiennes jusqu'au niveau du 3e trou sacré postérieur gauche, on résèque la partie latérale gauche du sacrum. Pour avoir plus de jour, au lieu de faire cette résection purement latérale, Hochenegg la fait en quelque sorte intermédiaire à la résection latérale et à la résection transversale, respectant

(1) Consulter à cet égard la collection du *Wiener klinische Wochenschr.* de 1888 et de 1889.

toutefois à droite les nerfs du 4e trou sacré et les ligaments sacro-sciatiques de ce côté. Cette résection osseuse s'accompagne ordinairement d'une hémorrhagie abondante provenant des vaisseaux de l'os; on ne peut les lier, mais on arrête facilement le sang par la compression (1).

Comme on le voit la tendance à faire des résections de plus en plus larges s'accentue; aussi voit-on des chirurgiens ne pas hésiter à ouvrir le canal sacré et à faire une résection transversale du sacrum. Celle-ci a été très employée par Bardenheuer dans les cancers du rectum. Elle l'a été récemment par Roux (de Lausanne) (2) qui a abandonné aujourd'hui les procédés ostéoplastiques. Toutefois, comme c'est dans ceux-ci qu'elle a été surtout utilisée, nous la décrirons avec eux.

C. — *Opération avec résection temporaire* (*opérations ostéoplastiques*).

La résection temporaire des os fut proposée pour la première fois par W. Heineke (3), qui décrivit un procédé très complexe que nous ne décrirons pas ici.

William Lévy (4), à la suite de recherches cadavériques, conseille de tailler un grand lambeau ostéo-cutané, comprenant la partie inférieure du sacrum et le coccyx. Ce lambeau est limité supérieurement par une incision transversale et horizontale de 8 à 10 centim., à un travers de doigt de la corne coccygienne, latéralement par deux incisions verticales dirigées de haut en bas (5). Le sacrum est sectionné avec

---

(1) Nous avons emprunté les détails de ce procédé à l'excellente thèse de AUBERT (H.). *Du traitement des cancers du rectum par la méthode sacrée.* Paris, Steinheil, 1890.

(2) Communication orale.

(3) HEINEKE. Ein Vorschlag zur Extirpation hochgelegener Rectum-carcinom. *Centralbl. f. Chir.* Leipzig, 1888, n° 52, p. 962.

(4) W. LÉVY. Zur Technik der Mastdarmresektion. *Centralbl. f. Chir.* Leipzig, 1889, n° 13, p. 218.

(5) M. P. DELBET (*Ann. de gynécol.*, 1890, T. II, p. 373) a cherché par des

la pince coupante au niveau de l'incision transversale, puis renversé en bas avec la peau qui le recouvre et les ligaments qui s'insèrent sur ses parties latérales. Une fois l'opération achevée on remet l'os en place et on le suture (1).

Dans ce procédé ostéoplastique, on sectionne presque perpendiculairement les fibres du ligament sacro-tubérositaire et parallèlement celles du sacro-épineux, et l'on n'a qu'un écartement minime de 5 centim., entre les surfaces osseuses sectionnées. Aussi, dans le double but de diminuer encore le nombre des fibres ligamenteuses sectionnées et d'étendre le champ opératoire, M. Jeannel (2) fait à 6 centim. 1/2 en projection au-dessus de la pointe du coccyx, d'une épine iliaque postéro-inférieure à l'autre, une incision transversale poussée à fond jusqu'à l'os.

Il dégage à la rugine les bords du sacrum tout au fond de la grande échancrure sciatique juste assez pour pouvoir glisser sous le sacrum, contre la face antérieure, une sonde cannelée. Avec la gouge et le maillet, il fait une ostéotomie transversale entre le 2e et le 3e trou sacré. Puis au niveau de l'articulation sacro-coccygienne, il fait une incision de 6 centimètres parallèle à la première.

Les deux incisions sont réunies par une troisième médiane parallèle à la crête sacrée. On a ainsi une incision I en dont la branche inférieure est plus courte que la supérieure.

Enfin, avec une scie, un sécateur ou bien la gouge et le maillet on sectionne le sacrum sur la ligne médiane jusqu'à l'articulation sacro-coccygienne que l'on tranche d'un coup de ciseau.

---

mensurations à préciser le siège des incisions. Sur le sujet, pourvu de ses parties molles, la pointe du coccyx se trouve à plus de 6 centim. du 3e trou sacré. Ce serait donc à 6 centim. en projection de la pointe du coccyx qu'il faudrait tirer l'incision transversale.

(1) Voir pour les détails de cette opération l'article de P. Delbet.

(2) JEANNEL. De la résection temporaire du sacrum pour aborder les organes pelviens. Nouveau procédé à double volet osseux. *Gaz. hebdomad.*, Paris, 1890, p. 569.

On a ainsi, sans désinsérer une seule fibre ligamenteuse, deux volets ostéoplastiques qu'on peut écarter et qui donnent un jour d'autant plus considérable qu'on peut, en même temps, rabattre en bas le coccyx.

Pas plus que le procédé de Lévy, celui de Jeannel n'a été appliqué sur le vivant.

Hegar et Wiedow (1) qui ont employé sur le vivant la résection temporaire, opèrent de la manière suivante : On fait sur la face postérieure du sacrum une incision en Y, commençant à 3 centim. environ au-dessous des épines iliaques postéro-inférieures et se terminant à la pointe du coccyx. On incise les muscles et les ligaments jusqu'au sacrum, et, après avoir soigneusement décollé le rectum, on sectionne le sacrum, avec la scie à chaîne, suivant un trait oblique qui commence à droite entre le 3e et le 4e trou sacré et se dirige obliquement en bas et à gauche, pour se terminer sur la partie latérale de la corne sacrée. On rabat alors l'os avec la peau pour ne le remettre en place qu'une fois l'opération terminée.

Roux (de Lausanne) (2) place la malade dans le décubitus latéral gauche. Son incision commence à droite de l'anus, rejoint la ligne médiane jusqu'au coccyx, suit dans une étendue de 10 centimètres environ le bord droit de celui-ci et du sacrum pour se terminer par un crochet vers la ligne médiane, dépassant même celle ci. Il libère le bord droit du sacrum, puis d'un coup de ciseau, il sectionne transversalement cet os, immédiatement au-dessous du 3e trou sacré. Le volet ainsi obtenu est rabattu sur la fesse du côté opposé, auquel on le fixe à l'aide d'un point de suture pendant la durée de l'opération. Celle-ci terminée, on réapplique l'os.

La méthode ostéoplastique a encore été employée par

---

(1) **Wiedow.** Die osteoplastische resection, etc., *Berlin. klin. Woch.*, 1889 n° 10, p. 202, et **Bernhard v. Beck.** *Zeitschr. f. Geb.*, Stuttgard, 1890, Bd XVIII, Heft 1, p. 37.

(2) **Roux.** De l'accès aux organes pelviens par la voie sacrée. *Corresp. Bl. f. Schweizer Aerzte.* Basel, 1889.

Kni (1). Celui-ci fait une première incision le long du bord gauche du sacrum : cette incision commence à deux travers de doigt au-dessous de sa base et se termine au niveau de la pointe du coccyx ; elle intéresse la peau, le plan sous-cutané et les muscles. Une deuxième incision, deux fois moins longue, part de son extrémité inférieure et remonte le long du bord droit du sacrum, faisant avec la première un angle de 45°. Les ligaments sacro-sciatiques étant sectionnés, on insinue le doigt dans le bassin, on décolle le rectum, puis, guidant sur le doigt une petite scie à main, on scie le sacrum suivant une ligne oblique, commençant à droite entre le 3e et le 4e trou sacré, se terminant à gauche un peu au-dessus de l'articulation sacro-coccygienne. On a soin de ne faire la section qu'incomplète et l'on relève violemment le fragment ainsi taillé.

D. — *Critique de ces divers procédés.*

Un seul point nous paraît capital dans le choix du procédé : *Il faut avoir du jour, beaucoup de jour;* il faut une porte largement ouverte. C'est pour ne pas s'être pénétré de cette vérité que, comme plusieurs autres chirurgiens, nous avons eu un résultat mauvais chez une de nos malades. Depuis le moment où nous avons opéré les deux malades, dont nous rapportons ici les observations, nous avons, comme nous l'avons déjà dit, eu l'occasion d'utiliser la voie sacrée dans diverses circonstances. Nous avons fait des résections plus larges et nous n'avons eu qu'à nous en louer. Mais, dira-t-on, ces larges résections du sacrum ne peuvent-elles avoir, soit immédiatement, soit ultérieurement des conséquences fâcheuses ?

L'*ouverture du canal sacré* qui les accompagne nécessairement est-elle sans importance ? Les faits répondent à cet égard d'une manière catégorique ; il s'agit là de craintes qui

(1) [illegible] (N. A.). Résect. ostéopl. du sacrum pour extirp. de l'utérus. [illegible] Med. Obozr.

ne sont nullement fondées; cela s'explique facilement. Le sac dure-mérien, fait déjà noté par Kraske (1), ne descend pas assez bas pour être atteint et, quant à la section du filum terminale elle semble sans aucune importance.

Une autre critique, adressée d'une manière générale à tous les procédés qui mettent à nu dans une grande étendue un des bords du sacrum (2), consiste à dire que, par suite de la destruction des insertions des ligaments sacro-sciatiques et du releveur de l'anus au coccyx, on détermine un affaiblissement notable du plancher pelvien. Suivant quelques auteurs, on ferait, par ces opérations, perdre au bassin son support; on causerait des troubles des sphincters rectaux et vésicaux; on s'exposerait même peut-être à des troubles dans la marche et dans la station (3).

Toutes ces craintes sont chimériques. Les observations prouvent que non seulement la section des ligaments sacro-sciatiques ne change en rien les conditions de la marche, mais qu'une femme, ayant subi la résection du sacrum peut même accoucher normalement (4); c'est qu'il se forme, comme l'a dit Kraske, une cicatrice fibreuse, résistante qui remplace les ligaments.

Dans un autre ordre d'idées, nous voyons des partisans de la résection ostéoplastique, prôner la réapplication de l'os sectionné, comme moyen préventif de l'infection du canal sacré (5); on pourrait répondre avec Goldmann (6), que bien

(1) KRASKE. *Loc. cit.*, p. 572.

(2) Cette critique s'adresse donc non seulement aux opérations faites suivant le type Kraske primitif, mais aussi aux opérations ostéoplastiques de Roux, qui sectionne ce qui s'insère au bord droit du sacrum.

(3) P. DELBET. *Loc. cit.*

(4) Nous faisons ici allusion à une femme opérée par Hochenegg d'un cancer du rectum et qui accoucha normalement. LIHOTSKY. *Soc. Impér. de Vienne*, d'après la *Semaine médicale*, 21 novembre 1888, p. 448.

(5) BERNHARD V. BECK. *Loc. cit.*

(6) GOLDMANN (EDWIN E.). Zur Frage nach der Verwendbarkeit der sacralen Methode für Gynäkologische Operationen. *Beiträge zur klinischen Chirurgie*, Tubingen, 1891, Bd VII, Hft 2, p. 469.

au contraire, la réapplication du sacrum, gêne probablement l'écoulement des liquides et par conséquent favorise l'infection.

En réalité, toutes ces discussions sont oiseuses.

Ce qui est plus important, c'est qu'à la suite des opérations ostéoplastiques, on a plusieurs fois observé des nécroses; nous rappellerons entre autres un fait d'Hegar et un autre de Roux. Aussi ce dernier a-t-il modifié son procédé. Actuellement au lieu de réappliquer le volet ostéo-cutané qu'il maintient pendant l'opération renversé sur la fesse opposée, il extirpe la portion du sacrum sectionnée et le coccyx. La guérison serait ainsi beaucoup plus rapide, les parties voisines, n'étant plus retenues à distance par l'os réappliqué, venant combler la brèche faite au cours de l'opération (1).

En somme, la question est loin d'être tranchée. Le cas échéant, nous déciderions probablement à pratiquer l'opération suivante, à laquelle nous avons du reste eu recours pour aborder une fistule recto-vaginale. Par une longue incision parallèle au bord du sacrum, allant de l'épine iliaque postéro-inférieure jusqu'au delà du coccyx, nous mettons à nu le bord du sacrum, sectionnant, au voisinage de leurs insertions, le grand fessier, puis le plan fibreux constitué par la juxtaposition des ligaments sacro-sciatiques, grand et petit, absolument confondus à ce niveau.

Lorsque le bord du sacrum est ainsi mis à nu, il est extrêmement facile de savoir la situation des trous sacrés. La vue et le toucher permettent immédiatement de constater que ce bord n'a pas une direction régulièrement oblique en haut et en dehors; mais que, d'abord très oblique en dehors au voisinage du coccyx, il prend un peu plus haut une direction se rapprochant beaucoup plus de la verticale. Le coude

(1) *Communication orale.* Cela tient à ce que Roux, comme Hochenegg, une fois l'utérus enlevé, bourre la plaie de gaze iodoformée; celle-ci enlevée, il reste une large cavité que la réapplication du sacrum maintient béante; cet inconvénient n'existe pas lorsqu'on se contente de placer un gros drain.

ou l'angle à sommet externe, qui en résulte est presque toujours facilement reconnaissable au fond de la plaie, une fois les ligaments sacro-sciatiques désinsérés. Il est situé un peu au-dessous du 4ᵉ trou sacré.

Plaçant alors un ciseau de Mac Ewen perpendiculairement au bord de ce sacrum, nous en faisons la section entre le

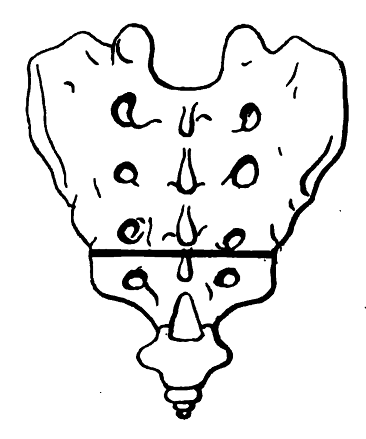


FIG. 3. — ROUX, TERRIER.

3ᵉ et le 4ᵉ trou sacré et à l'exemple de Roux nous le rabattons vers la fesse opposée.

La porte est alors largement ouverte ; un aide introduisant le doigt dans le rectum indique la situation de cet intestin ; avec un autre doigt, il permet de reconnaître le cul-de-sac vaginal postérieur. Il devient alors facile d'aborder le cul-de-sac péritonéal, de l'ouvrir et d'extraire l'utérus.

Nous croyons utile de placer quelques points de suture sur la boutonnière faite au péritoine, sans cependant chercher comme Hegar à faire une suture hermétique (1).

Puis, réappliquant le volet ostéo-cutané relevé au cours

(1) Ce chirurgien coupe transversalement le péritoine sur la face antérieure de l'utérus et dissèque la séreuse qui se réfléchit du col utérin sur la vessie. Il obtient ainsi une sorte de lambeau largement suffisant pour faire facilement sa suture avec le péritoine postérieur.

de l'opération, nous nous contentons de suturer par des sortes de capitons à la soie, le grand fessier et les plans fibreux sectionnés au tissu fibreux si riche de la face postérieure du sacrum. Un très gros drain et une suture cutanée avec des crins, les uns superficiels, les autres profonds, terminent l'opération.

Tamponnement iodoformé du vagin que l'on aura en même temps que le péritoine fermé par quelques points en capiton.

V. — **Conclusions.**

Telle qu'elle est, l'hystérectomie sacrée ne peut être mise en parallèle avec l'hystérectomie vaginale. C'est sans conteste une opération plus difficile, plus longue et plus grave. Elle mérite cependant d'être conservée, parce qu'elle peut s'appliquer à des cas inopérables par les autres voies.

Elle a permis à Gersuny, à Hochenegg, à Czerny, d'enlever avec l'utérus des noyaux situés dans son voisinage et a étendu ainsi le champ des interventions. Il n'est toutefois pas prouvé que ces opérations aient été d'une grande utilité pour les malades; la rapidité de la récidive calmera peut-être bien des enthousiasmes. *L'hystérectomie par la voie sacrée est toutefois sans conteste, indiquée dans les cas de cancers volumineux et adhérents, surtout lorsque*, ce qui n'est pas très rare chez ces malades, *le vagin est rétréci et scléreux.*

LES PARALYSIES OBSTÉTRICALES

Par le **Dr Dauchez,** ancien interne des hôpitaux.

On donne, depuis les travaux de Duchenne de Boulogne, le nom de paralysies obstétricales à la perte du mouvement volontaire portant, isolément ou simultanément, sur le territoire de la 3e ou de la 7e paire crânienne ou du plexus brachial; parfois aussi, la paralysie affecte, bien plus rarement il est vrai, l'un des membres inférieurs du fœtus.

Deux cas peuvent se présenter : l'enfant naît spontanément sans qu'aucune manœuvre puisse être incriminée. L'accoucheur constate néanmoins une paralysie portant, par ordre de fréquence, sur la face, sur l'épaule, sur le membre supérieur, etc. C'est là, en effet, le type de la paralysie spontanée d'origine obstétricale qu'on observe dans certaines présentations de la face par extension du cou, par exemple, dans certains cas de compression des plexus ; par circulaires du cordon, etc. ; à la suite de contusions des nerfs axillaires ou circonflexes fortement serrés lors du dégagement des épaules dans la présentation du siège.

Dans d'autres cas, la paralysie succède à une violence exercée sur la tête (pression du forceps) ; à des manœuvres occasionnées par la tension (dégagement de la tête dernière) ; à des tractions exercées avec le doigt, recourbé en crochet, prenant point d'appui sur le plexus brachial au moment du dégagement des épaules.

Nous étudierons successivement ces deux ordres de paralysies en commençant par l'étude des paralysies spontanées moins connues que les paralysies traumatiques.

I. — Paralysies obstétricales spontanées.

Sous le nom de paralysies obstétricales spontanées, nous distinguerons quelques-uns des troubles moteurs pouvant affecter les branches du nerf facial ou des plexus nerveux des membres indépendamment de toute intervention chirurgicale.

L'excessive rareté des nécropsies (l'observation de Danyau, citée plus loin dans les paralysies d'ordre traumatique peut seule nous renseigner à cet égard) permet tout au plus de soupçonner les désordres matériels le plus souvent réparables des paralysies obstétricales dites spontanées. Celles-ci, avons-nous dit, atteindront, suivant les cas, soit les branches extra-crâniennes du nerf facial, soit le nerf circonflexe par compression des épaules à travers un bassin rétréci ; tantôt enfin

la paralysie atteindra le plexus brachial (par extension du cou) plus rarement enfin le membre inférieur lors du dégagement avec traction des membres dans les présentations du siège.

1° Paralysie faciale. — Tantôt périphérique et tantôt centrale ou corticale, la paralysie faciale peut s'observer en dehors de toute intervention. C'est ainsi qu'on a cité des cas où le passage de la tête à frottement contre les parois rigides d'un bassin rétréci, soit au détroit supérieur, soit au niveau des tubérosités ischiatiques, a pu entraîner à sa suite la parésie faciale, rarement persistante.

Parfois même, la simple inclinaison du sommet suffirait, suivant Roulland, à provoquer la paralysie faciale attribuée par Nadaud au séjour prolongé de l'extrémité céphalique comprimée entre les parois de l'excavation pelvienne. En général, la guérison s'est produite à bref délai, sauf dans le cas de Kennedy rapporté plus loin.

2° Paralysies du plexus brachial et des nerfs circonflexes. — Dans d'autre cas, la paralysie apparaît spontanément encore ; mais au lieu d'atteindre les muscles de la face, elle frappe un ou plusieurs muscles du membre supérieur. La paralysie est alors la conséquence d'un accouchement long et laborieux. Comme dans l'observation de Jacquemier rapportée plus loin, il est noté que le travail a été « long et pénible » ; ou bien encore par suite de la présentation de la face suivie d'extension notable du cou, le travail déjà long est retardé et la paralysie vient à se produire. Le deltoïde est-il seul pris (observation Jacquemier), *les mouvements de la main et de l'avant-bras continuent à s'exercer librement.* C'est ce qui ressort très nettement de l'observation de Jacquemier, de Stapfer et de Smellie, bien que cette autorité ait paru croire à la compression du forceps sur la face « tuméfiée ». Dans le cas de Smellie, l'enfant se présentait en mento-iliaque droite antérieure. Le travail avait été long.... et les épaules avaient été *longuement comprimées.* Que faut-il de plus pour expliquer

la paralysie d'une ou de plusieurs branches du plexus brachial? Indépendamment du forceps dont les branches ont pu atteindre les parties latérales du cou, l'extension forcée des racines nerveuses due à la présentation de la face, enfin et surtout la compression, suffisent à expliquer la paralysie observée.

Ajoutons que tous les muscles du bras, y compris la main, peuvent participer à la paralysie momentanée du membre. Nous disons *momentanée*, parce qu'elle est la *règle*, bien qu'il existe des *exceptions*, témoin l'observation de monoplégie brachiale citée par le Dr Dauchez, dans laquelle la monoplégie fut attribuée au dégagement des épaules par le doigt recourbé en crochet.

Dans ce cas fort intéressant mais très obscur, il est impossible de savoir si l'impotence fonctionnelle était due à la paralysie du deltoïde ou à la luxation, conséquence indirecte de l'intervention malencontreuse de l'accoucheur dont les doigts ont sans doute fait levier dans la cavité axillaire.

3° Paralysies des membres inférieurs. — L'observation de Litzmann (rapportée par Roulland), nous montre, indépendamment de toute manœuvre (sauf quelques tractions répétées), au niveau des membres inférieurs un fait de paraplégie qui peut avec raison être attribuée aux tractions violentes exercées sur le rachis ou sur le segment inférieur de la moelle lombaire. Nous trouvons en effet noté dans le fait de Litzmann, l'abolition des réflexes, la flaccidité *des jambes*, la paralysie vésicale et intestinale, suivie à brève échéance de pied bot, varus équin.

Avant de rapporter les observations dont nous avons eu connaissance, il n'est pas sans intérêt d'attirer l'attention sur quelques formes spéciales de paralysies récemment décrites qui, pour être rares chez l'enfant nouveau-né, ont été pourtant observées. Telle est la paralysie de Erb (observation XXV), la paralysie du facial supérieur, l'atrophie deltoïdienne compliquée de luxation (obs. XXI) et certaines paralysies persistantes.

En résumé, *les 24 cas* relatés dans le cadre de ce travail peuvent être répartis ainsi qu'il suit :

1° Paralysies spontanées :

16 cas	Par rétrécissement du bassin	4 cas.
	Par présentation de la face .	3 cas.
	Par accouchements laborieux	9 cas.
Terminaison	Guérison.	9 fois.
	Persistance d'accidents	3 fois.
	Morts.	2 fois.
	Résultats inconnus. .	2 fois.

2° Paralysies traumatiques :

9 cas	Application de forceps. . . .	5 cas dont un douteux.
	Manœuvres de la version . .	3 cas.
	Tractions obstétricales. . . .	1 cas.

II. — Paralysies obstétricales traumatiques.

L'étude de ces paralysies devant être poursuivie après l'étude des paralysies survenues spontanément, nous n'insisterons pas ici sur la pathogénie de ces troubles moteurs.

Obs. I. — Thèse de Roulland (1887) communiquée par M. Budin, rédigée par M. Legry, interne de service. — Le 5 juin 1887, à 8 heures, Mathilde Pag..., primipare, âgée de 26 ans, accouche à terme d'un enfant du sexe féminin pesant 3,450 gr. Le travail a duré 25 heures.

On trouve à la palpation un fœtus en occipito-iliaque gauche antérieure. Au toucher, on ne trouve pas le sommet engagé, l'orifice utérin est très reporté en arrière, le col est effacé, les membranes sont intactes. Le diamètre promonto-sous-pubien égale 10 cent. 1/2.

A une heure, la tête est fixée au détroit supérieur. La suture sagittale est dirigée suivant le diamètre transverse, elle est très rapprochée du promontoire et on ne l'atteint qu'avec peine en contournant le pariétal extérieur qui chevauche sur le postérieur.

A deux heures, la tête est engagée. La suture sagittale est encore située très en arrière près du sacrum.

A cinq heures, dilatation de 8 centim.

A six heures 1/2, la dilatation est complète. La tête est en occipito-pubienne.

L'accouchement n'a lieu qu'à 8 heures et demie. La tête examinée aussitôt, présente une déformation des plus marquées. Une bosse séro-sanguine volumineuse siège sur la partie supérieure et postérieure du pariétal droit. Elle masque l'extrémité postérieure et la branche droite de la suture sagittale, la fontanelle postérieure et la branche droite de la suture lambdoïde. Le pariétal droit chevauche en arrière sur l'occipital; en avant sur le frontal, en bas sur le temporal, en haut sur le pariétal du côté opposé.

Le pariétal gauche aplati offre une surface presque plane étendue de la suture sagittale à la base du crâne.

Sur le pariétal gauche, à un centimètre en avant de la suture fronto-pariétale, existent, l'une au-dessus de l'autre et séparées par un intervalle de 5 millimètres environ, deux plaques d'un gris jaunâtre, qui paraissent résulter de la longue compression à laquelle cette région a été soumise au niveau du promontoire.

Sur l'extrémité postérieure du pariétal droit, on remarque deux érosions superficielles.

Le lendemain matin aplatissement du pariétal gauche. Les deux plaques jaunâtres du cuir chevelu sont entourées d'une zone rougeâtre. La paupière supérieure est œdématiée.

Au moment *où l'enfant crie, on constate qu'il a une paralysie faciale du côté droit, paralysie très marquée.* Pendant les cris, *la bouche est très fortement tirée sur la gauche.*

Cette paralysie est *limitée au facial inférieur, l'orbiculaire des paupières* a conservé son fonctionnement : *la langue n'est pas déviée ;* les membres supérieurs et inférieurs ne sont ni paralysés, ni parésiés. L'excitation avec une épingle provoque des cris.

7 juin. La paralysie faciale paraît moins accentuée; mêmes caractères qu'hier.

Le 9. L'œdème de la paupière gauche a considérablement diminué.

La paralysie faciale a un peu diminué ; le pariétal gauche est encore aplati.

DIMENSIONS DE LA TÊTE

Diamètre :	Occipito-frontal........................	12
	Occipito-mentonnier....................	13 1/2
	Sous-occipito-bregmat..................	9 1/2
	Bipariétal..............................	9 1/2
	Bitemporal..............................	8 1/2

Le 13. Paralysie diminuée, l'enfant a du muguet.

Le 19. Muguet très diminué. Paralysie faciale encore perceptible ; mais à un degré beaucoup moindre.

Le 20. Muguet totalement disparu. Paralysie faciale à peine appréciable au moment des cris.

La mère sort le 22 avec son enfant. Le pariétal gauche est toujours légèrement aplati ; il n'y a plus de trace de paralysie faciale.

Obs. 2. — Thèse de Roulland, 1882, p. 23. *Accouchement normal chez une secondipare, bassin légèrement aplati, paralysie faciale, périphérique gauche. Guérison rapide.* — Femme M..., secondipare, entrée le 2 avril. (Pavillon Velpeau. Service de M. Bouilly.) En travail depuis 10 heures du matin.

A 9 heures, tête bien engagée, encore un peu haut, flexion incomplète. G. A. Travail régulier. Durée totale du travail près de 15 heures.

Agée de 21 ans, la malade a toujours été bien portante. Elle a eu un premier enfant, mort pendant le travail. Pas de syphilis. Cuisses légèrement arquées, bassin légèrement aplati. L'enfant pèse 3040 grammes. Diamètre promonto-sous-pubien mesure 10c 1/2.

Aussitôt après l'accouchement, on remarque une déviation très nette du visage. On peut constater une paralysie faciale très nette. *Paralysie faciale gauche.* L'œil gauche reste ouvert et les traits sont tirés à droite.

Pas de déviation apparente de la langue et de la luette. *A gauche, petite traînée rougeâtre sur la peau de la tempe et dirigée de haut en bas et un peu d'arrière en avant.*

Les diamètres de la tête sont :

Diamètre maximum	13,8
Occip.-mentonnier	13,3
Occipito-frontal	11,5
S.-o.-B	9,5
Bipariétal	9,2
Bitemporal	8

La succion n'est que peu gênée. Cependant il s'écoule un peu de lait par la commissure gauche.

Le second jour, la paralysie paraît accentuée.

Le 3e jour. L'œil est un peu moins ouvert.

A partir du 5e jour, la paralysie diminue assez rapidement pour

que, le dixième, l'enfant puisse partir avec sa mère sans rien présenter d'anormal dans sa physionomie.

OBS. 3. — KENNEDY (Dublin, 1836). *Paralysie de la 3e paire gauche. Comp. par le pubis.* — Enfant très faible, né le 14 novembre 1836. Durée du travail, 15 heures.

Le temporal gauche paraît enfoncé ; sur le côté gauche, il existe une dépression évidente, sans lésion des téguments. L'œil gauche est fermé, la pupille dilatée et insensible à la lumière.

Le lendemain, *convulsions de tout le côté gauche du corps.* Le côté droit reste inerte, mais l'enfant tombe dans le coma.

Le 4e jour. Convulsions à gauche. Coma.

Le 9e jour. Les yeux sont beaucoup mieux, l'enfant tette volontiers, mais il ne peut encore se satisfaire complètement à cause de la faiblesse de ses muscles. La tête a repris son aspect ordinaire. En somme : *Paralysie grave. Convulsions. Guérison.*

OBS. 4. — Thèse de NADAUD (1872). *Paralysie spontanée du nerf facial. Enfant nouveau-né.* — Femme de 18 ans, primipare. Premières douleurs le 12 février 1871. Rupture des membranes 13 heures après (en O.I.G.A.). Délivrance naturelle. Bassin normal. L'enfant pèse 3180 gr.

Aussitôt après la naissance, on constate une hémiplégie faciale gauche (face immobile, œil ouvert). Sensibilité intacte du côté paralysé. Succion possible ; pas de déviation de la luette et de la langue.

Le 15 février, 9e jour. Diminution de la paralysie.

Le 2 mars. La mère et l'enfant sortent ; l'enfant est guéri depuis plusieurs jours.

Le mécanisme de la paralysie échappe ici absolument, car la pression sur l'angle sacro-vertébral est nulle, la tête plongeant dans l'excavation du petit bassin chez les primipares avant la fin de la grossesse. Peut-être y a-t-il eu *obliquité de la tête*, en d'autres termes, inclinaison de la présentation, mais encore, dans cette hypothèse, la compression nous paraît problématique. Enfin le travail (19 heures) n'a pas eu une durée excessive.

OBS. 5. — Thèse de ROULLAND (1877). *Accouchement normal*

chez une primipare. Présentation inclinée du sommet. Hémiplégie gauche faciale spontanée. Guérison rapide. — Octavie W..., primipare, 17 ans, sans rachitisme. Grossesse normale, durée du travail 15 heures. O.I.G.

La tête à été arrêtée pendant quelques heures au détroit supérieur par l'inclinaison du sommet constatée au toucher Le doigt, en effet, trouve la suture sagittale très profondément en arrière.

Le lendemain, on remarque, pendant les cris de l'enfant, que la bouche est de travers et les traits tirés à droite, *l'œil gauche est à moitié ouvert et ne reste pas fermé quand on abaisse la paupière.* La langue ni la luette ne paraissent déviées. Pas de paralysie des membres. *Le lendemain* la paralysie s'atténuait. Le 4e jour, elle a disparu complètement.

Obs. 6. — Thèse de Roulland (1887). *Paralysie faciale gauche spontanée. Compression probable au détroit inférieur.* Kennedy. *Dublin Journal,* 1836.)

G...B. — Travail difficile. Tête de l'enfant séjourne plusieurs heures dans le bassin.

A la naissance on trouve, sur le pariétal gauche, une plaie gangreneuse large de 3 à 4 centim. La commissure de la bouche est tirée du côté droit, quand l'enfant est en repos, quand il crie, la face est presque tordue ; l'aile du nez se dilate moins; l'œil gauche reste continuellement ouvert.

La bouche recouvre en partie son aspect normal quand l'enfant est au repos, le front du côté malade n'est pas plissé. L'enfant bien portant du reste, partit de l'hôpital dans cet état.

En résumé : *Compression ischiatique du pariétal, plaie gangréneuse suivie de paralysie.* Fait rare.

Obs. 7. — Thèse de Roulland (1887, p. 35). Rapportée par Hamon de Fresnay. *Paris médical,* 1881. — Présentation du siège S.I.G. Dégagement facile du tronc et des bras. Dégagement difficile de la tête dernière, malgré la flexion opérée à l'aide du doigt sur le maxillaire inférieur. L'enfant, né asphyxique, se ranime et respire.

Le lendemain, convulsions et *paralysie de l'orbiculaire gauche* par lésion centrale, etc. et peut être stase sanguine.

Obs. 8. — Jacquemier. *Manuel des accouchements,* 1846. *Para-*

lysie spontanée du deltoïde par compression du nerf axillaire. — Un enfant fort et bien constitué, né après un travail assez long et assez pénible, offrit, aux personnes chargées de le soigner, une différence entre les deux membres supérieurs.

M. Jacquemier l'examina. Les deux bras étaient également développés, mais le droit était pendant et rapproché du tronc. Le moignon de l'épaule paraissait affaissé et moins arrondi; le bras soulevé retombait inerte par contraste avec le membre opposé. *Les mouvements de la main et de l'avant-bras s'exerçaient librement*, sans que le bras y prit part autrement qu'en se portant un peu en avant ou en arrière,

20 jours après, la paralysie avait complètement *disparu;*

Réflexion : *Exemple rare de paralysie deltoïdienne obstétricale isolée.*

Obs. 9. — Communiquée par mon ami le Dr Stapfer, chef de clinique adjoint de la Faculté à la Cl. d'acc. (personnelle et inédite). — Enfant de 3 jours, né à la Clinique au mois d'août 1886. *En présentation de la face.*

Le lendemain de sa naissance, on remarque l'immobilité du bras gauche, qui est inerte. L'accouchement s'étant fait spontanément sans tractions ni manœuvres, on admit que la monéplégie était due à l'extension forcée du cou, avec extensions des racines du plexus brachial. Pas de douleur à la pression. Sensibilité conservée 25 jours après et sans aucun traitement, sauf l'enveloppement ouaté de l'épaule. L'enfant agite librement son membre.

Obs. 10. — Thèse de Roulland (1887, p. 76). Marie G..., née le 2 mai 1886. Maternité de Cochin (service de M. Bouilly) en O.I.G.A., présente quelques particularités en venant au monde. A savoir : Lenteur extrême dans le dégagement de la tête.

Enfin la tête sort; mais la base du cou est fortement serrée *par un circulaire qu'il fallut couper. tant il était serré.*

Le deuxième jour, on constate une paralysie des deux bras; les jambes sont libres; mouvements communiqués faciles et sans douleur.

Bras pendant, en rotation en dedans; coude un peu écarté du tronc, sensibilité parfaitement intacte.

A gauche...	Deltoïde......... Sous-épineux..... Brachial antér. .. Coraco-brachial... Sous-supinateur..	Répondent faiblement aux courants indirects. Se contractent sous l'influence des courants continus.

A droite. — Deltoïde et sous-épineux, répondent mal à l'élément électrique.

Les autres membres réagissent bien.

Le 6e jour. Amélioration de tous les muscles, sauf le deltoïde.

Le 7e jour. Fièvre violente. Hémorrhagie très abondante.

Le 10e jour. L'enfant succombe sans être guéri de sa paralysie deltoïdienne.

Autopsie : Cerveau diffluent sans hémorrhagie.

Moelle intacte à l'œil nu, sans hémorrhagie.

Pas d'hémorrhagie musculaire.

Pas d'altération des racines du plexus brachial.

Donc : *Compression pure et simple par le cordon.*

Obs. 11. — Litzmann. Contribution à la paralysie spinale chez les nouveau-nés. *Arch. für Gyn.* — Une dame a neuf grossesses de plus en plus difficiles ; présentation du siège, de l'épaule. A sa dernière grossesse, accouchement difficile : présentation du siège avec procidence des membres inférieurs, enroulement du cordon autour du tronc, tractions répétées pour faire passer le siège, dégagement de la tête pénible.

L'enfant est ranimé par un bain chaud ; mais, dès le soir, son état devient inquiétant ; quelques convulsions ; raideur des bras, respiration entrecoupée, puis flaccidité des jambes, de la paroi thoracique, ventre ballonné, paresse de la vessie et du rectum.

Au bout de 10 jours, quelques réflexes reparaissent dans le pied droit, puis dans le gauche (au moment de l'accouchement les pieds procidents réagissaient bien au chatouillement). Puis les membres inférieurs, l'intestin et la vessie deviennent moins flasques. Un pied se place en équin. Les progrès se font lentement et graduellement. Bon état des troubles trophiques.

Examen électrique par Eirenbach. — La contraction faradique directe et indirecte se fait par places. Les troubles ne sont pas absolument symétriques.

La contraction galvanique, dans les territoires correspondants

est nulle pour les nerfs, affaiblie pour les muscles et pervertie légèrement, les autres territoires sont à peu près normaux.

Malgré un traitement électrique institué par le spécialiste (courants faradiques) il ne se fait pas de progrès dans les muscles qui sont paralysés d'une façon absolue. Les autres, au contraire, recouvrent progressivement leur activité et leurs mouvements deviennent plus faciles.

OBS. XII. — VALLEIX. *Clinique des maladies des nouveau-nés.* Atteinte d'une tumeur sanguine occupant tout le sommet de la tête, une petit fille déposée la veille à l'hospice des Enfants-Trouvés et née à l'hôpital St-Louis dans la nuit du 16 au 17. L'accouchement se fit *sans forceps, seulement l'enfant resta longtemps au passage*. Elle ne naquit point asphyxiéè, car la mère l'entendit crier quelques instants après sa sortie. Le céphalématome est considérable.

Enfant bien développé, chairs fermes et résistantes. *La moitié gauche de la face et du reste du corps est paralysée* (commissure droite des lèvres fortement tirée pendant les cris). Pendant les mouvements respiratoires, l'aile gauche du nez est la seule qui se dilate et se remue. Si l'on rapproche l'enfant d'une lumière vive, il n'apparaît de rides au front que du côté droit. La paupière supérieure gauche ne peut se fermer complètement. La joue est flasque, sans mouvement et un peu œdématiée. La déglutition est facile. La paralysie du reste du corps est moins complète et d'autant moins marquée que l'on s'éloigne des parties supérieures.

A gauche, le bras se meut très lentement, l'avant-bras se fléchit à peine sur le bras. Les doigts se rapprochent très faiblement et la cuisse demeure presque toujours étendue, et il suffit des plus légers efforts pour s'opposer aux contractions imparfaites qui ont lieu de ce côté. Il ne semblait y avoir aucun trouble des sens.

Pendant 4 à 5 jours, traitement nul. Applications résolutives, puis incision de la bosse sanguine.

Le 25 novembre, la suppuration s'établit au lieu d'incision; malgré des sangsues, des applications d'onguent mercuriel, l'hémiplégie persiste.

Le 2 décembre, la paralysie a disparu, sauf peut-être un peu moins de forces à gauche.

40 jours après la naissance, la commissure gauche seule est

encore un peu déviée. Sur ces entrefaites, l'enfant est pris de pneumonie et meurt le 4 février.

Autopsie. — A la bande de la couche optique, et au point d'union avec le corps strié, on trouve une déchirure de la substance cérébrale présentant l'aspect d'un sillon courbe placé horizontalement, sillon d'une ligne et demie à son centre, long de quatre lignes. Le sillon est rempli de caillots, libre d'adhérences. Au pourtour de ce sillon, et dans l'étendue de quelques lignes seulement, la substance cérébrale est molle, jaune bleuâtre, le jaune même s'irradie en décroissant de tout le corps strié, jusqu'à la couche optique. Un piqueté sanguin existe autour de ce foyer. Le cerveau est sain partout ailleurs.

Obs. 12 *bis* (personnelle). Rédigée d'après mes notes et celles de M. Baudoin, interne du professeur Fournier (hôpital St-Louis. salle Henri IV, nº 8). — Marie M..., née le 25 avril 1888, chez une sage-femme voisine de l'hôpital St-Louis, est un enfant de belle apparence, vigoureuse, criant bien et tetant bien malgré la paralysie faciale congénitale pour laquelle sa mère venait incidemment demander conseil. La mère est manifestement syphilitique. Elle porte à la grande lèvre gauche une syphilide ulcéreuse, à la commissure buccale et sur l'amygdale des syphilides muqueuses.

Cette femme, *dont l'accouchement s'est fait spontanément, rapidement, sans forceps, sans tractions violentes* (les douleurs prenant *à* 10 *heures du soir, n'ont été fortes qu'à* 1 *heure du matin pour finir à* 2 *heures*. Cette femme, disons-nous, raconte que l'hémiplégie faciale de son jeune enfant a paru le lendemain de la naissance (26 avril). La sage-femme en fut frappée et lui signala « cette drôlê de grimace ». En effet, l'enfant vient-il à crier, la commissure gauche est violemment attirée en dehors, tandis que le côté droit est inerte ; la paupière droite également inerte ainsi que le front, ne ferme à peu près complètement l'œil que lorsque l'enfant dort. A l'état de veille l'œil est toujours entr'ouvert. Depuis lors l'hémiplégie persiste très nette, très complète, sans paralysie des membres ni de la langue. Les pupilles sont égales.

Malgré l'inocclusion des lèvres, la paralysie n'empêche pas l'enfant de teter. Cependant, au niveau du bord interne du pariétal gauche, on observe une saillie longitudinale antéro-postérieure, comme si le pariétal correspondant était soulevé par une production sous-jacente.

L'enfant ne porte aux lèvres, ni dans la bouche, aucune trace de syphilis. Il n'a rien à l'anus, n'a jamais eu ni pemphigus, ni roséole, etc. D'ailleurs *son hémiplégie est congénitale*. Par contre, il est porteur d'un écoulement des deux oreilles; mais celui-ci ne remonte qu'à huit jours (soit au 5 juin 1888). Il est donc bien postérieur à l'hémiplégie. Les viscères (foie, rate) et l'intestin ne présentent rien d'anormal. Les os ne sont pas altérés, ni déformés. La mère n'a subi aucun traumatisme pendant sa grossesse. Elle est à sa seconde grossesse et ses deux enfants, forts et vigoureux, ont toujours été mis au monde sans difficulté. Pendant sa grossesse, elle avait fait plusieurs chutes sur le siège.

En somme, il s'agit ici, non d'hémiplégie faciale syphilitique, mais d'hémiplégie congénitale ; peut-être obstétricale sur laquelle la sage-femme n'a pu s'expliquer. Malgré des frictions quotidiennes à l'onguent mercuriel (1 gr.) la paralysie persiste encore aujourd'hui, 2 mois 1/2 après la naissance. Il est à penser qu'il s'agit, ici, d'un épanchement sanguin sous-jacent au crâne, comme semble le prouver la partie crânienne et l'hémiplégie faciale opposée. D'ailleurs pas de convulsions.

Obs. 13. — Kennedy. Citée par Roulland, p. 140 (résumée). — Grosse tumeur sur la tête à droite, surtout sur le vertex, avec excoriation du côté gauche. L'œil gauche est clos : l'œil droit est ouvert.

Le côté *gauche du corps est complètement paralysé*. Pupilles immobiles à la lumière.

Paralysie obstétricale spontanée. Hémiplégie alterne. Guérison.

Obs. 14. — Mac Nutt. — *Americ. Journ. of Obstetr.*, 1883, p. 73. Cité par Roulland. — Femme bien portante, travail long pendant 15 heures. A la suite, l'enfant présente des convulsions bilatérales dans la face et les extrémités; mouvements dissémines dans le côté gauche.

Le 5e jour, paralysie apparente de l'œil gauche qui reste ouvert. Les membres du côté droit sont contracturés pendant cette période. Diarrhée, émaciation. Resp. Cheyne-Stockes. Mort.

Autopsie. — Ventricules pleins de liquide et diminution de consistance de l'hémisphère gauche. La surface de l'hémisphère est déprimée, flasque et, par places, les circonvolutions sont détruites

par *les caillots*, ceci étant particulièrement remarquable sur la frontale ascendante et les circonvolutions pariétales. La substance cérébrale de ces régions étant détruite, le corps strié contenait une masse rousse de consistance ferme.

Obs. XV. — Duchenne (de Boulogne) (Obs. XLIII). — *Paralysie de cause cérébrale du membre supérieur droit. Paralysie atrophique du même côté, des muscles animés par le nerf cubital et des muscles radiaux datant de la naissance. Cas extrêmement complexe, difficile à classer.* — En 1855, je fus appelé, par M. Hérard, en consultation pour un jeune homme âgé de dix ans et dont la main droite était déformée ; cette main, moins développée que la gauche, avait la forme d'une griffe beaucoup plus prononcée dans les deux doigts dont les dernières phalanges étaient fléchies sur la première. Les muscles des espaces interosseux et des éminences étaient atrophiés. La main était dans une flexion continue sur l'avant-bras et un peu dans l'abduction. Quand on voulait la relever et la porter au dehors, on éprouvait un obstacle mécanique qui s'opposait à ce mouvement et cet obstacle paraissait dépendre de la contracture du muscle cubital antérieur et de la formation de l'articulation radio-carpienne.

Les mouvements du membre supérieur droit étaient exécutés faiblement, difficilement et incomplètement. Cependant les muscles du bras et de l'épaule n'étaient pas atrophiés. Tous les mouvements volontaires du membre supérieur droit provoquaient des spasmes réflexes dans les muscles de ce membre, comme on l'observe dans la paralysie cérébrale. A l'exploration électro-musculaire, je trouvai que la contractilité était très affaiblie dans les muscles animés par le nerf cubital et dans les muscles radiaux, tandis qu'elle était normale dans les autres muscles.

Ainsi, voilà une paralysie du membre supérieur qui présente des caractères propres à la paralysie de cause cérébrale et ceux qui distinguent la paralysie atrophique par lésion des nerfs dans les muscles de la main et dans quelques muscles de l'avant-bras. c'est-à-dire que cette paralysie offre la réunion dans un même membre, des troubles fonctionnels occasionnés par deux maladies différentes.

L'histoire des antécédents démontre en effet que ces deux maladies ont existé.

Cet enfant est né dans des circonstances fâcheuses. Il s'était présenté par l'épaule, le cordon ombilical était enroulé autour de son cou. L'accouchement de sa mère a été long et laborieux. Il est né menacé d'asphyxie et il a été rappelé difficilement à la vie; puis il avait eu le cubitus fracturé près de l'articulation du coude. Après sa naissance, il n'a pas remué le membre supérieur droit. On ne voyait pas de différence, quant à la forme entre les deux côtés ; mais en quelques mois, *la main* est arrivée progressivement à sa déformation actuelle. Le membre de ce côté s'est moins développé. Puis, sous l'influence du temps et de soins très variés, le bras droit a retrouvé quelques mouvements compliqués, comme je l'ai dit, de contractions réflexes.

Obs. 16. — *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* (1887, f. 169). Citée par Hutinel (Th. inaug., 1885). — Une femme rachitique qui présentait un rétrécissement de 8 millim. 1/2 est accouchée par le forceps. L'enfant arrive à l'état de mort apparente et revient lentement à la vie. Son cri à peine perceptible est enroué et presque aphone. *Le globe oculaire gauche fait une forte saillie* sous les paupières entr'ouvertes. Toute la conjonctive bulbaire est infiltrée de sang, la figure est grimaçante; *la moitié droite de la face est paralysée.* Les membres supérieurs et inférieurs de ce côté, sont animés de petits mouvements convulsifs intermittents. Dans l'intervalle, d'ailleurs très court des convulsions, il paraît évident que *les os et la jambe sont plus flasques de ce côté que du côté opposé.* L'extrémité libre de la cuiller gauche du forceps apuyant à faux sur la bosse fronto-pariétale (l'instrument n'embrassait pas exactement la tête du fœtus suivant le diamètre bipariétal ; la branche droite était appliquée au niveau de l'oreille et très près du cou), les os très durs ont cédé à ce point. Il existe un enfoncement recouvert en partie par une bosse sanguine qui correspondrait, d'après un croquis de M. Féré, à la partie postérieure des trois circonvolutions frontale et au tiers moyen de la circonvolution frontale ascendante. On relève les os enfoncés avec un tire-fond. L'enrouement et l'aphonie cessent, le cri de l'enfant devient excellent, les convulsions ne se reproduisent plus, l'exophtalmie disparaît, et le lendemain, on ne constate plus qu'un peu de paralysie faciale. *Il est difficile de juger si l'affaiblissement musculaire* existe encore à droite du côté des membres.

M. Hutinel ajoute à cette observation, recueillie par Tapret, les réflexions suivantes :

« Je ne saurais y voir, comme M. Lucas-Championnière, un « exemple de paralysie consécutive à une lésion des centres mo- « teurs encéphaliques. » La branche droite du forceps, appliquée au niveau de l'oreille et très près du cou, portait juste sur l'émergence du facial et devait le comprimer. Je regarde donc cette paralysie faciale qui a persisté quelques heures après la disparition de tous les autres accidents, comme une paralysie périphérique et non comme une paralysie centrale.

Plus loin M. Hutinel ajoute :

« La paralysie des muscles a semblé si peu nette et il est si « difficile de la reconnaître chez le nouveau-né, surtout quand il « est dans la résolution, que je n'en tiendrai aucun compte.

Cette conclusion ne nous paraît pas justifiée.

(*A suivre.*)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS

(Janvier à juillet 1891.)

M. Buscarlet donne l'examen histologique d'une **tuberculose utérine** qu'il a présentée en décembre dernier (1) : 1° Le revêtement épithélial a disparu ; à sa place existe une couche épaisse d'infiltration tuberculeuse, formée principalement de cellules embryonnaires ; 2° la musculaire a disparu, en grande partie remplacée par du tissu conjonctif fibreux qui forme une sorte de barrière aux lésions tuberculeuses ; 3° le péritoine et le tissu sous-séreux forment une couche connective épaisse.

Des bacilles nombreux se trouvent dans la couche d'infiltration embryonnaire.

M. Delbet montre un **fibrome utérin** énucléé sur le cadavre avec la plus grande facilité par une incision. A première vue, la

(1) Voir *Annales de gynécologie*, janvier 1891.

coque paraît bien fermée ; mais avec un peu d'attention, on voit une perforation de la muqueuse très amincie. De là, dans une opération sur le vivant, des dangers d'infection.

M. Calbet présente une **hernie ombilicale sans sac chez un fœtus à terme.** La hernie, qui pendait entre les jambes de l'enfant, contenait tout l'intestin, y compris le duodénum ; l'estomac était de même sorti du ventre. Cependant il existait un anneau ombilical nettement circulaire et paraissant régulièrement formé. La cavité abdominale ne contenait qu'une portion d'intestin étendue en ligne droite de l'anus à l'anneau.

M. A. Pilliet, à propos d'une **hématosalpingite avec villosités placentaires,** montre : 1° que, dans certaines grossesses tubaires la résorption du fœtus tient peut-être à ce que la surface de placentation offerte par la trompe est insuffisante pour le nourrir ; 2° après la mort du fœtus, les villosités de l'ectoplacenta fœtal, qui ont pénétré les vaisseaux maternels, s'atrophient, de là des hémorrhagies ; 3° l'insertion placentaire diminue considérablement l'épaisseur de la paroi tubaire qui se trouve dès lors très exposée à la rupture. Dans un fait, présenté par M. A. Terson, il s'agissait d'une **grossesse tubaire,** rompue et accompagnée d'**hématocèle péri-utérine.** Guérison après laparotomie. En présence d'une pièce d'**hématosalpingite,** MM. Pilliet et Baudron concluent à la grossesse tubaire en se fondant : 1° sur la disparition de la muqueuse en un point circonscrit, une pareille destruction de la muqueuse ne pouvant guère s'expliquer en dehors de la placentation ; 2° sur l'abondance de cellules interstitielles chargées de pigment jaune ; 3° sur la présence dans la paroi tubaire d'un lacis vasculaire composé de vaisseaux très dilatés et présentant, surtout les artères, des phénomènes d'oblitération très semblables à ceux qu'a décrits Mayor dans l'utérus après la chute du placenta. Sur une **rupture de grossesse extra-utérine,** présentée par M. Martin Durr, on voit que la déchirure siège à l'union de la trompe gauche et de l'extrémité du côlon descendant.

MM. Papillon et Audain, dans un cas d'**éclampsie ictérique** ont constaté les lésions du foie décrites par Pilliet. La presque totalité du viscère était détruite tant par l'hémorrhagie que par les diverses lésions cellulaires.

M. Bernheim apporte à la Société un fœtus qui a vécu 5 jours

bien qu'ayant une **absence de communication entre l'estomac et l'intestin.**

M. DAURIAC. **Pyosalpinx enkysté avec fistule rectale et utérine.** — La poche suppurée incluse dans le ligament large communiquait par un orifice ulcéreux avec la cavité du col. Dans un autre cas présenté par M. LAFOURCADE, il s'agissait d'une **pyosalpingite** avec **abcès secondaire du ligament large.**

M. BAUDRON montre un **kyste de l'ovaire**, dont les symptômes se sont brusquement manifestés au 3e mois d'une grossesse à l'occasion d'une torsion du pédicule.

H. H.

SOCIÉTÉ BELGE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Hystérectomie totale dans le traitement des fibromes. — Afin d'éviter les dangers de l'amputation supra-vaginale liés à la septicité de la cavité utérine, et de supprimer complètement l'hémorrhagie, ROUFFART (de Bruxelles), préconise l'extirpation totale de l'utérus après ouverture de la cavité abdominale, en assurant l'hémostase au moyen de pinces laissées à demeure dans le vagin. Lorsque le diagnostic permet de prévoir la possibilité de placer facilement les pinces, il commence par la désinsertion du col. Lorsqu'au contraire, il existe un fibrome intra-ligamentaire, il commence par le décortiquer après laparotomie et fait l'hystérectomie en plaçant les pinces sur la coque du fibrome (ligament large). On est de même obligé de recourir à la laparotomie avant de placer les pinces lorsque la vessie a été entraînée en haut par le développement du fibrome, cas où l'on doit sectionner le péritoine à son point de réflexion de l'utérus sur la vessie.

4 opérations, 1 mort, 3 guérisons.

Grossesse extra utérine. — Chez une malade qu'il opéra avec succès, L. DESGUINS (Anvers) constata en même temps qu'une grossesse tubaire, développée dans la moitié externe de la trompe, une hématocèle sous-péritonéale qui avait fait croire, par suite de son volume, à un âge de la grossesse beaucoup plus avancé qu'il ne l'était.

Bassin ostéomalacique. Opération césarienne suivie d'amputation de Porro. — Après avoir fait sortir la matrice et avoir placé une

ligature élastique non serrée sur le segment inférieur de l'utérus, FRAIPONT (Liège) commence par inciser la matrice sur la ligne médiane depuis le fond jusqu'à 3 centim. au-dessus du lien élastique afin de retirer l'enfant vivant s'il y avait lieu. L'enfant étant mort fut rapidement extrait et la ligature élastique étant serrée l'amputation utéro-ovarique pratiquée. Guérison. Trois mois après, on revoit la malade dont l'affection ostéomalacique semble enrayée et améliorée.

Cathétérisme de la trompe de Fallope. — Au cours de l'exploration d'une cavité utérine tomenteuse, CITTADINI (Bruxelles) sentit tout à coup et sans le moindre effort l'instrument filer à droite à une grande profondeur. La malade étant anesthésiée, il fut facile de constater que la sonde filait le long du détroit supérieur. Prenant un instrument rigide de 7 millim. de diamètre, on déterminait en entrant dans la trompe une bascule de l'utérus en latéro-version gauche. La paroi tubaire donnait la sensation de gaine flottante autour de l'instrument. Curettage après dilatation, écouvillonnage; guérison.

Traitement manuel du prolapsus utérin. — JACOBS, sur 16 cas de prolapsus traités par le massage a obtenu 3 insuccès, 5 guérisons, 8 améliorations. Plus la malade est âgée, moins le pronostic est favorable. Lors de rupture périnéale, il faut faire précéder le traitement d'opérations anaplastiques sur le périnée et le vagin. Il subsiste souvent après la guérison du prolapsus un certain degré de rétroflexion. Suit la technique employée.

LEBON (Bruxelles), étudiant le **traitement de l'endométrite chronique et ses complications**, se déclare partisan convaincu du curettage, suivi d'écouvillonnage puis de pansements antiseptiques (gaze iodoformée) pendant plusieurs semaines, jusqu'à la régénération de la muqueuse. Chez les malades qui ne peuvent garder le lit, il dilate le col avec une tige de laminaire, puis cautérise la muqueuse, après l'avoir lavée et abstergée.

La cautérisation faite au chlorure de zinc en solution (1 de chlorure de zinc, 2 d'eau) est suivie de l'introduction d'une lanière de gaze iodoformée. Le traitement est répété deux ou trois fois par semaine et continué pendant 6 semaines.

Le curettage utile, même lors de complications périutérines, doit

être suivi de salpingotomie lorsqu'il y a des récidives et de nouvelles poussées inflammatoires.

C. Jacobs (Bruxelles), communique six cas d'**hystérectomie par morcellement dans les suppurations pelviennes.** Guérison opératoire dans les 6 cas avec persistance d'une fistule stercorale dans un ; il est vrai que dans celui-ci la poche suppurée se vidait depuis longtemps par le rectum. Adoptant l'opinion de F. Terrier, Jacobs croit que l'hystérectomie par morcellement doit être réservée : 1° aux récidives de suppuration pelvienne après laparotomie; 2° aux pelvipéritonites suppurées avec enclavement de l'utérus, adhérences et poches multiples.

H. H.

REVUE ANALYTIQUE

I. — Suites de couches (1).

Cas d'hydrargyrisme mortel chez une accouchée. (Idrargirismo acuta letale), par Concato. *Annali di Ostetricia e Ginecologia.* Firenze, 1889, p. 385.

Après son accouchement la malade, qui présentait des symptômes d'infection puerpérale, prenait chaque jour une injection vaginale de un litre 1/2 environ avec une solution de sublimé au 1/2000. C'est vers le 5e jour que les signes d'intoxication apparurent. Ce furent des vomissements, des selles sanglantes, de l'anurie ; le ventre était ballonné, douloureux ; la malade éprouvait de violentes douleurs épigastriques, une dyspnée intense ; enfin, à l'examen de la cavité buccale, on reconnut l'existence d'une gingivite mercurielle. La mort survint le 8e jour, et à l'autopsie on trouva les muqueuses stomacale et intestinale très congestionnées, des lésions de néphrite aiguë expliquant l'anurie. En tout, la malade avait pris en injection 11 litres de solution de sublimé à 1/2000.

Mauclaire.

Théorie de l'éclampsie. (Theorie der Eklampsie), par Herff. *Münch. med. Woch.*, février 1891, n° 5, p. 79.

L'auteur élargit dans cette étude la notion de l'éclampsie et y

(1) Suite et fin, voir *Annales de Gynécologie*, août 1891, p. 153.

fait rentrer la plupart des états dits épileptiformes, susceptibles d'être observés dans les deux sexes. La condition prochaine du complexus éclamptique repose sur une hyperexcitabilité spéciale de l'écorce cérébrale, ou des centres sous-corticaux, dans la région psycho-motrice. Cette excitabilité se développe pendant la grossesse, soit en vertu d'une tare héréditaire neuro ou psycho-pathique, soit par des influences acquises, les intoxications (urates, plomb, alcool) ou les infections. Parfois c'est le molimen puerpéral qui est plus spécialement en cause. Mais il est rare qu'il ne soit pas aidé dans son action pathogène par quelque causalité accessoire, par exemple l'intoxication uratique, qui accroît sensiblement, d'après les recherches physiologiques de Landois, l'excitabilité de l'axe bulbo-spinal.

Recherches bactériologiques et expérimentales sur l'éclampsie puerpérale. (Vorlæufige Mittheilung über eine bacteriolog-experim. Untersuchung zur Frage der puerperal eclampsie), par A. Favre. *Arch. de Virchow*, 1891, BE. 123, p. 376.

En cultivant les infarctus blancs du placenta d'une femme éclamptique, Favre est arrivé à isoler un micro-organisme, *micrococcus eclampsiæ*, long de 0,7 à 0,8 cent. et formant sur gélatine et agar-agar de petits points transparents. Injecté à des lapins, il provoquait souvent les phénomènes de néphrite légère (apparition de cylindres hyalins dans les urines, troubles du parenchyme rénal). Chez les lapins néphrectonisés des deux côtés, l'injection de ces cultures provoquait des convulsions, un abaissement de la température, de l'agitation et la mort. Chez des lapins néphrectonisés d'un seul côté, l'injection des cultures récentes délayées dans un liquide indifférent, donnait lieu à de la faiblesse musculaire, de l'agitation, de l'abaissement de la température, des convulsions cloniques particulièrement marquées au niveau des extrémités antérieures et suivies de convulsions tétaniques avec opisthotonos et participation des muscles de la face et des oreilles.

Ces phénomènes paraissent dépendre d'une diminution de la sécrétion urinaire. Le même micro-organisme fut retrouvé dans les placentas de deux autres femmes éclamptiques.

Valeur du sang en hémoglobine pendant les derniers mois de la grossesse et les suites de couches. (Ueber den Hæmoglobingehalt des Blutes in den letzten Monaten der Graviditæt und im Wochen-

bette), par DUBNER. *Münch. med. Woch.*, juillet-août 1890, n° 30, p. 517, et n° 32, p. 551.

L'auteur s'est servi du nouvel hémoglobinomètre de Gowers et a obtenu les résultats suivants. Chez la femme adulte bien portante non enceinte, la valeur globulaire est de 94 0/0, le nombre des hématies 5,219,000. Pendant la grossesse ces deux chiffres sont ordinairement plus bas : le dernier cependant peut atteindre la normale chez les femmes qui vivent dans de bonnes conditions. Pendant les premiers jours des suites de couches, il y a encore un abaissement par rapport aux chiffres de la grossesse, abaissement d'autant plus marqué que la perte de sang au moment de la délivrance a été plus abondante. Mais peu à peu le nombre des hématies et la richesse hémoglobique subissent un mouvement d'ascension qui les ramène vers le 8e jour des suites de couches aux chiffres de la fin de la grossesse. Pendant le travail la teinte du sang se fonce lorsqu'il y a de fortes transpirations.

Pathogénie de l'éclampsie, par BLANC. *Lyon médical*, 21 septembre 1890, p. 70.

L'auteur continuant ses recherches a pu ensemencer le sang de deux femmes éclamptiques. Au bout de 48 heures le bouillon était fertile et contenait de nombreux bacilles fins et courts, doués d'un mouvement rapide de trépidation et de projection, d'une longueur moyenne de 1 μ 5. Avec les bouillons de culture ainsi obtenus, Blanc fit des inoculations à des lapines et retrouva toujours le même micro-organisme. Ces inoculations déterminaient des accidents convulsifs et de l'albuminurie intense et de l'oligurie. Enfin si au bouillon de culture on mélange du chloral, sa virulence disparaît.

P. MAUCLAIRE.

Contribution au traitement de l'anémie grave par les injections sous-cutanées de solution de sel de cuisine. (Beitrag zur Behandlung schwerer Anämie vermittels subkutanes Kochsalinfusion), HUZARSKI. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 28, p. 498.

Une heure environ après un accouchement à 8 mois, et une délivrance facile, qui s'était accompagnée d'une perte de sang légère, l'accouchée présente des signes d'hémorrhagie grave : fond de l'utérus au niveau de l'ombilic, par la pression du fond de l'organe expulsion d'une grande quantité de sang et de caillots, écou-

lement de sang continu ; pouls petit, bourdonnements d'oreille, sensation de vertige, décoloration des téguments. *Traitement* : injection intra-utérine, avec une solution phéniquée à 3 0/0 et chaude, café, vin, lavements de un litre de solution de sel de cuisine à 0,6 0/0. Amélioration manifeste, mais passagère. Quelques heures après, la situation de la femme est redevenue plus précaire : pouls incomptable, éblouissements, vertiges, refroidissement des extrémités inférieures. Il est alors injecté sous la peau, dans les régions interscapulaire et fessière, en tout, un litre environ d'une sorte d'infusion ainsi composée : sel de cuisine 6 gr., bicarb. de soude 1 gr., eau un litre, opération qui ne détermine pas de douleur notable. Les toniques et les stimulants (café, vin, etc.) sont continués. Grâce à ce traitement, les symptômes graves s'amendent définitivement, et malgré des circonstances accessoires qui influent d'une façon défavorable sur la marche de la convalescence, la guérison est obtenue.

R. L.

Cas d'éclampsie très grave sans albuminurie, consécutif à l'accouchement; crises subintrantes, injections sous-cutanées d'éther. Guérison, par PERRON. *Lyon méd.*, 15 mars 1891, p. 368.

Le chloroforme et la saignée n'ayant donné aucun résultat l'auteur fit une injection sous-cutanée d'éther; quelques minutes après la respiration devint plus régulière et les crises furent moins violentes. Elles cessèrent après une deuxième injection et la malade guérit en conservant pendant quelque temps de l'obnubilation des idées.

P. MAUCLAIRE.

Une forme rare d'infection puerpérale. (An infrequent form of puerperal infection), par I. H. HANLE de New-York. (*Am. J. of Obst.*, mars 1891, p. 288.

Hanle rapporte 3 cas dans lesquels les accouchées ont eu des frissons et de la fièvre, qu'il ne peut attribuer qu'à une déchirure du col.

Dans l'un des cas, la malade a rendu un large lambeau cervical et tous les symptômes ont cessé aussitôt après une application d'acide phénique sur le col.

A. C.

Inversion puerpérale de l'utérus. (Acute puerperal inversion of

the Uterus), par G. T. Mc Coy, de Colombie. *Am. J. of Obst.*, 1890, p. 719.

Mc Coy fait un long historique de la question.

Cet accident se rencontre suivant les auteurs, entre une fois sur 190,000 et une fois sur 50,000 accouchements.

Mme S..., 22 ans, a eu un enfant ; bonnes suites de couches. Sa seconde grossesse n'a rien présenté de notable, sauf qu'elle « *portait son enfant très bas* ». Le travail commença le 27 mars 1890 ; douleurs irrégulières, peu fortes ; utérus antéversé, col presque inaccessible, ce qui rendit l'engagement fort lent.

Pas de déchirure péritonéale ; délivrance absolument spontanée, sans traction sur le cordon, et sans compression sur l'abdomen.

Pendant un léger effort, fait par l'accouchée, Mc Coy sentit l'utérus descendre, sans *perdre sa forme globuleuse*.

Mc Coy le réduisit aussitôt avec ses doigts placés en cercle autour du fond, et sa main extérieure sentit fort bien la forme de coupe affectée par le fond de l'utérus. L'accouchée perdit peu de sang, et se rétablit promptement.

A. C.

Elévation de température dans les suites de couches ; origine obscure. (Elevation of temperature of obscure origin; during the Puerperium), par H. Coe. *Am. J. of Obst.*, juin 1891, p. 641.

Coe dit que l'état puerpéral ne donne à la femme aucune immunité contre toute espèce de fièvre, et que le canal génital n'est pas la seule porte d'entrée de l'infection septique, et il cite deux cas.

Dans le premier, l'accouchée, primipare, avait eu une inflammation pelvienne localisée. Pendant sa grossesse, elle avait fait une chute, et beaucoup voyagé. Toutes les précautions antiseptiques furent prises pendant l'accouchement et les suites. Le 2e jour, la température monta à 41°, puis elle oscilla, et atteignit encore 39°,7, le 22e et le 23e jour. Le 24e jour, elle monta jusqu'à 40°,55, et Coe se décida à faire la laparotomie. Il trouva des adhérences et un abcès contenant du pus fétide dans l'ovaire.

Le deuxième cas est aussi celui d'une primipare. L'accouchement fut normal, et ne dura que 6 heures.

Le 8e jour, la température monta à 40°,55 puis à 41°,5. Le curettage utérin ne semble pas avoir eu d'effet utile, car le lendemain, le thermomètre montait à 40°,6, puis à 41°,55 ; nouveau curettage.

La quinine à haute dose fit tomber la fièvre dès le 13e jour, et l'accouchée se leva, dès la 4e semaine.

Coe termine son travail en passant en revue les affections qui peuvent causer la fièvre chez les accouchées ; la phtisie, la fièvre intermittente (1), la pyélite, la cystite.

Puis il cite un cas de mort 10 jours après l'accouchement dans lequel l'autopsie fit reconnaître l'existence d'une fièvre typhoïde (2).

Un examen soigneux de tous les organes fera souvent reconnaître la cause de la fièvre, et permettra de la combattre.

La fièvre intermittente puerpérale simule parfois la septicémie.

A. C.

Eclampsie puerpérale. (Puerperal eclampsia), par Ch. D. Palmer, de Cincinnati. *Amer. J. of. Obst.*, juillet 1891, p. 822.

Il est probable que l'excrétion de l'urée est diminuée pendant la grossesse et augmentée après l'accouchement, l'albuminurie ne va pas toujours de pair avec l'anurie, et la susceptibilité convulsive n'est pas la même chez toutes les femmes. Il existe une relation importante mais variable entre l'*acétonurie* et l'éclampsie.

Cela posé, Palmer cite un cas d'éclampsie qu'il traita par 60 centigr. de calomel, autant de bicarbonate de sodium et une goutte d'huile de croton, puis par une injection de morphine (3 centigr.) et par l'enveloppement. Il administra la teinture de veratrum viride, de 5 à 10 gouttes par heure.

Il fit donner des douches vaginales chaudes, pour achever le travail. La parturiente, une primipare, accoucha d'un gros enfant vivant. Après la délivrance elle prit du bromure de potassium, elle n'eut que 13 convulsions. L'albuminurie diminua constamment ; la malade se remit et allaita son enfant.

A. Cordes

II. — Stérilité chez la femme

La stérilité chez la femme ; étiologie et traitement. (Sterility in Women ; its etiology and treatment), par le Dr E. S. M'Kee, de

(1) V. *Am. J. of Obst.*, 1884, p. 154, 732, 938, 1057. (A. C.)

(2) V. Sibedey. *An. de gyn.*, 1875, p. 174 et 256. (A. C.)

Cincinnati *Amer. Journ. of Obst.*, octobre 1889, p. 1026, et *Americ. Lancet*. Detroit, nov. 1839, t. II, n° 11, p. 408.

L'auteur élimine d'abord les cas où la stérilité vient de l'homme; il croit que Gross n'est pas loin de la vérité, lorsqu'il dit qu'une fois sur six elle est du fait du mari. Kehrer va plus loin, et il dit que l'absence d'enfant dans un ménage est au moins *une fois sur trois* en partie de la faute du mari, « et qu'elle est la suite de la blennorrhagie ».

La cause la plus fréquente de l'infécondité est une maladie intra-utérine dont l'endométrite chronique est la manifestation la plus commune. Elle produit l'écoulement quotidien caractéristique qui tue les spermatozoaires.

L'endométrite rend la muqueuse incapable de fixer l'œuf et de le nourrir. Elle peut enfin amener l'oblitération des trompes qui ne peuvent plus donner passage au sperme.

Elle peut reconnaître comme causes : la scrofule, le froid et la chaleur, la *sur* et la *subalimentation*, les âges extrêmes, l'affaiblissement général, l'absence d'exercice.

Les questions que le médecin doit se poser sont : 1° Le sperme contient-il des spermatozoaires? 2° Ces zoospermes pénètrent-ils dans le canal cervical utérin? 3° Les sécrétions détruisent-elles la vie des spermatozoaires?

Lévy, de Munich, a trouvé des spermatozoaires vivants, dans l'utérus, plus de 36 heures après le coït.

Il est probable que, dans des sécrétions normales, ces animalcules peuvent cheminer en dépit des flexions et des sténoses.

D'après les physiologistes, ils peuvent vivre de 7 à 8 jours dans un vagin sain; leur diamètre, 0mm,006, leur permet de passer partout où peut passer un globule sanguin; ils avancent de 19 centimètres par heure, soit de 25 à 35 mètres pendant leur vie.

Une autre cause est la *dyspareunie*, amenée par l'hyperesthésie vaginale, l'inflammation des caroncules, et la brièveté excessive du vagin. Cette dernière donne lieu à ce que Pajot a nommé *les fausses routes vaginales*.

Un professeur de Chicago a observé que les poils du mont de Vénus, chez les femmes stériles, ne sont jamais frisés. La frisure de ces poils rendrait-elle les femmes fécondes?

L'auteur croit que la contemporanéité de l'orgasme chez la femme

et chez l'homme rendrait la conception plus fréquente. La femme, dit-il, est moins passionnée que l'homme et souvent l'acte masculin est accompli, avant que la femme ait atteint le paroxysme voluptueux.

L'auteur énumère ensuite plusieurs causes de stérilité, dont il discute l'importance : l'obésité, la maigreur, la chlorose, l'alcoolisme, la dysménorrhée, la syphilis, qui ne semble pas s'opposer à la conception, mais qui cause l'avortement, l'incompatibilité sexuelle, dont il cite des exemples : Auguste et Livie, Napoléon et Joséphine.

Il cite, à ce propos, une coutume curieuse du pays de Galles et d'Ecosse : on permet la cohabitation des jeunes filles avec un homme; si la grossesse s'ensuit, les amants se marient; sinon, la jeune fille se soumet à un nouvel essai!

L'abus du thé peut être une cause de stérilité; le collège druidique considérait le tannin comme empêchant la conception.

L'auteur cite enfin la consanguinité.

Le *traitement* est celui de la cause lorsqu'elle est connue.

La fécondation artificielle n'a réussi qu'une fois sur 27 à Marion Sims. Elle doit être précédée d'une injection alcaline de phosphate de soude, destinée à neutraliser les sécrétions acides, et doit être faite proche de l'époque menstruelle.

L'auteur termine son mémoire par une longue liste bibliographique.

A. C.

III. — Troubles de la menstruation

La ménopause dans quelques-uns de ses rapports avec les maladies. (The menopause in some of its relations to disease), par James B. Hunter. *Med. Rec.*, N.-Y. 1889, t. I, p. 57.

Étude des phénomènes anatomiques et physiologiques de la ménopause, des hémorrhagies, des écoulements vaginaux et des symptômes nerveux qui l'accompagnent.

H. H.

Les désordres de la menstruation. (The disorders of menstruation), par Andrew F. Currier. *The American Lancet*, mai 1889, p. 167.

La menstruation doit être considérée comme le développement

[illegible] que l'on peut retrouver chez toutes les [illegible] ses désordres de la [illegible] suivante

[illegible]

[illegible] obstacle à la menstruation.

[illegible] diminution [illegible] de l'écoulement.

[illegible] menstruation abondante.

[illegible] irrégularité [illegible]

[illegible] influent sur la [illegible] atmosphérique, climat, [illegible] menstruelle [illegible]

P. NOGUÈS.

Traitement mécanique de l'aménorrhée. (On the mechanical treatment [illegible]) *The Lancet London*, 1889, [illegible]

[illegible] une sonde [illegible] suivi de succès ; [illegible] garder à la femme le [illegible]

[illegible] par un petit [illegible] de la cavité [illegible] femme de vaquer à ses occupations.

J.-L. FAURE.

Des rapports qui existent entre la chlorose et la menstruation. ([illegible] between chlorosis and [illegible] observations [illegible]), par WM. STEPHENSON. [illegible] London, 1889, t. XXXI, p. 104.

[illegible] la première menstruation, bien [illegible] établissement. Mais, dans [illegible] irrégularités et de retard [illegible] prédominantes. Il n'y a pas de chlo[illegible] les chlorotiques ou [illegible] deux âges de 14 à 21 ans, et de [illegible] d'une affection en [illegible] de la menstruation.

H. H.

Des rapports de la menstruation et de la folie. (Relations between menstruation and insanity), par JOHN WARNOCK. In *The North American Practitioner*. Chicago, février 1890, t. II, p. 49.

L'auteur, qui est un aliéniste, s'attache à montrer que les troubles utérins sont une cause fréquente de folie ; il relate les observations de 38 femmes atteintes d'aliénation mentale qui guérirent, dès qu'il eût rétabli chez elles la menstruation par un traitement approprié.

P. NOGUÈS.

Dysménorrhée très prononcée ; ovarite chronique. (Excessive dysmenorrhæa; chronic ovaritis), par WILLIAM GOODELL. In *Medical News Philad.*, 12 avril 1890, t. LVI, p. 383.

Cet article est l'observation d'une femme de 24 ans, qui avait toujours eu des règles très douloureuses : on constata une antéflexion avec sténose du canal cervical qui guérit par la dilatation extemporanée.

L'auteur reconnait comme causes de la dysménorrhée : l'antéflexion et la rétroflexion congénitale qui peuvent guérir par une grossesse ; la sténose du canal cervical justiciable de la dilatation ; l'obstruction du col par les fausses membranes ou les polypes à laquelle il faut opposer le curettage ; enfin, les troubles menstruels d'origine nerveuse.

P. NOGUÈS.

IV. — PYOMÉTRIE

Adéno-sarcome utérin avec pyométrie. (Uterine adeno-sarcoma with pyometra), par THOMAS W. KAY. *Med. Rec.*, N.-Y., 1889, t. I, p. 346.

Femme de 52 ans, émaciée, dont les règles avaient disparu depuis 10 ans, se plaignant d'écoulements vaginaux intermittents, accompagnés de crises de coliques. L'utérus était volumineux ; l'orifice externe du col admettait facilement l'extrémité du doigt, qui constatait l'existence, dans le canal cervical, d'une masse molle et friable. Dilatation rapide du col, ablation avec la curette mousse de la plus grande partie d'une tumeur molle, irrégulière, sanieuse, largement implantée sur la paroi postérieure, au voisinage de l'orifice interne ; 8 jours après nouvelle dilatation, raclage complet des vestiges de la tumeur, guérison.

A l'examen histologique, adéno-sarcome. H. H.

Pyokolpos et pyométrie primitifs chez une fillette âgée de 13 ans. (Primärer Pyokolpos and Pyometra bei einem 13 jährigen Kinde). RHEINSTŒDTERN. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 9, p. 142.

Cette fillette avait eu à plusieurs reprises, des douleurs dans le ventre. Pas traces de menstruation. *Examen :* au-dessus du pubis, tumeur sphérique, s'élevant jusqu'au niveau de l'ombilic, et donnant insertion à droite, à une tumeur de la grosseur d'une pomme. Orifice vaginal complètement oblitéré. La tumeur bombait fortement dans le rectum, était fluctuante, et, par une pression exercée à travers la paroi recto-vaginale, on faisait saillir en avant la membrane oblitérante. *Traitement :* ablation aux dépens de cette membrane, d'un fragment ovalaire, ce qui donna issue à environ 3 litres de pus; application et fixation d'un drain en gomme, à travers lequel on injecta, 2 fois par jour, de l'hypermanganate de potasse. 14 jours après, la malade, débarrassée de tous ses malaises, quittait l'hôpital.

S'il n'est pas rare de voir après l'ouverture d'un hématomètre, d'un hématokolpos le contenu hématique subir un processus de suppuration, il est exceptionnel d'observer un pyokolpos et une pyométrie primitifs.

R. L.

V. — DÉCHIRURES DU COL

Des déchirures du col de l'utérus; étiologie, pathologie et traitement (Die Lacerationen der Cervix Uteri), A. LITTAUER. Leipzig.

« Si mes observations et les conclusions que j'en tire doivent être confirmées par d'autres observateurs, je suis convaincu qu'il arrivera un moment où l'on écartera complètement des maladies chroniques de la matrice cet état que l'on désigne sous le nom de déchirure ou d'ectropion suite de déchirure..... Ce qu'il faut traiter, ce sont les complications de cet état.... En outre, il faut se persuader que la « restitution de forme des parties » n'exerce, par elle-même, aucune influence sur les organes de la génération. » Ainsi s'exprime Noeggerath dans sa communication sur les déchirures du col au congrès de Wiesbaden (1). C'est surtout pour répondre à cette communication et pour réagir contre les conclusions de Noeggerath, que Littauer a entrepris ce travail.

(1) *Berl. klinisch. Wochenschr.*, 1887, n° 41.

Il classe les déchirures de la façon suivante :

A. Déchirures longitudinales.

Ier degré : déchirures qui intéressent seulement l'anneau de l'orifice externe ; a) intéressant seulement la muqueuse et la sous-muqueuse ; b) s'enfonçant dans le parenchyme cervical.

IIe degré : déchirures qui intéressent la portion vaginale mais qui ne s'étendent pas aux culs-de-sac.

IIIe degré : déchirures qui s'étendent sur la portion vaginale du col, en dedans s'arrêtent en avant de l'orifice interne, et en dehors se prolongent dans les culs-de-sac, la vessie, et le tissu cellulaire pelvien.

B. Déchirures transversales. (Elles croisent le canal cervical). Elles sont situées plus ou moins près des culs-de-sac vaginaux. Elles constituent de simples divisions du tissu cervical ou entraînent de véritables pertes de substance, plus ou moins considérables ; elles se combinent le plus souvent avec des déchirures longitudinales.

Sur 1200 femmes atteintes d'affections gynécologiques, 161 = 13,4 0/0 présentaient une déchirure du col. Mais, à ne prendre que celles qui avaient accouché, soit 900, la proportion s'élevait à 18 0/0. Wells (1), qui a dressé un tableau analogue, donne les chiffres suivants : sur 3410 patientes, 567 = 16 0/0 étaient atteintes de déchirures du col, et sur 2382 devenues mères, 731 = 32 0/0. (Tous les auteurs s'accordent pour reconnaître que les ruptures du col sont beaucoup plus fréquentes en Amérique qu'en Allemagne) (2).

Dimensions de la déchirure : a) déchirures petites, 28 = 17,4 0/0 ; 3,1 0/0 des femmes qui avaient accouché avaient de petites déchirures.

b) Déchirures moyennes : 93 = 57,8 0/0 ; 10,3 0/0 des femmes qui avaient accouché avaient des déchirures moyennes.

c) Déchirures du col intéressant les culs-de-sac : 9 = 5 0/0, 1 0/0

(1) The possible dangers immediate and remote of trachelorrhaphie. *Am. J. of. Obst.*, juin 1884.

(2) Le Dr Wyllie, émit l'explication suivante : « les Américains sont plus intelligents que les Européens, ils ont en conséquence la tête plus grosse, et c'est pour cela que les déchirures du col sont plus communes ». L'auteur Allemand incline à croire que si les déchirures sont plus fréquentes en Amérique, c'est que les accoucheurs y sont moins habiles... ».

des femmes qui avaient accouché présentaient cette variété de déchirures.

Siége de la déchirure. — Quelques auteurs, dont Emmet, pensent que la déchirure siège le plus souvent sur la ligne médiane de la lèvre antérieure, et, si le fait n'a pas été plus généralement reconnu, c'est que les conditions, en pareil cas, sont particulièrement favorables à la guérison. Mais la plupart sont d'avis qu'elles siègent de préférence entre les lèvres du col. D'autre part, l'auteur a constaté dans les cas qui se sont présentés à son observation que les déchirures transversales (10 cas) et longitudinales de la lèvre antérieure ou postérieure (16) ne sont pas rares ; qu'en outre les déchirures bilatérales sont beaucoup plus fréquentes que les unilatérales (2 : 1), et que, parmi les déchirures unilatérales, celles du côté gauche sont beaucoup plus communes que du côté droit (9 : 1) ; enfin, que dans les cas de déchirures étendues (avec participation des culs-de-sac), la rupture unilatérale est plus fréquente et que lorsqu'il y a déchirure bilatérale, la lésion est toujours plus accusée d'un côté (Czempin avait déjà fait ces deux remarques).

Étiologie. — L'auteur étudie en détail les conditions étiologiques diverses des déchirures du col ; nous nous contenterons ici, faute de place, de les énumérer : discision du col, dilatation au moyen d'écarteurs ou de tiges rigides, curettage de l'utérus, avortement criminel ; accouchement (le col se déchire toutes les fois que son extensibilité est soumise à des exigences exagérées), rupture prématurée de la poche des eaux, volume de l'enfant (Klein, Kaarsberg, Czempin, Emmet), variétés de présentation de la tête (expériences démonstratives de Kaarsberg) (1), accouchements précipités (Emmet), extractions artificielles (tractions sur un pied, forceps), l'orifice n'étant pas encore complètement dilaté ; certaines pratiques habituelles aux sages-femmes (manœuvres consistant à faire remonter le col sur la tête fœtale, permission aux parturientes d'utiliser avant la dilatation complète la contraction abdominale), incisions cervicales quand elles ne sont pas suturées, primiparité, surtout primipares âgées, modifications anatomiques produites par une métrite (Kaarsberg), par des produits néoplasiques, opérations obstétricales maladroites, sténoses pelviennes, défaut de proportion

(1) « Om dem Emmetske rupture ». Kopenhagen, 1884.

entre la tête fœtale et la filière pelvienne; contusion, pendant le travail, des tissus cervicaux aboutissant plus tard à la nécrose, avec formation souvent de fistules vésicales, etc.

Évolution de la déchirure. — La plupart des auteurs admettent que les petites déchirures guérissent habituellement, et qu'un grand nombre des grandes laissent à peine quelques traces de leur existence, quand on a pu éviter l'infection. La réunion se fait-elle par première intention, cela paraît douteux. Les conditions, en effet, sont aussi défavorables que possible pour qu'il en soit ainsi. Mais il est certain qu'elle s'opère secondairement, et que le fait ne doit pas être rare. S'il est exceptionnel d'examiner des femmes présentant des déchirures parfaitement guéries, c'est que, dans ces conditions, les femmes, n'éprouvant du fait de l'ancienne déchirure aucun malaise, n'ont pas de raison pour consulter le médecin. En beaucoup de cas, particulièrement lorsque la déchirure s'étend au paramétrium, il peut se produire une oblitération partielle, quand, partant de l'angle de la lésion, s'établit un processus de granulation, s'accompagnant de rétraction cicatricielle. Consécutivement à ce processus cicatriciel, la déchirure revêt des aspects bien différents. S'il s'opère principalement de dedans en dehors, la déchirure, primitivement profonde, paraît superficielle, s'il se fait de dehors en dedans, une déchirure allant jusqu'à l'orifice interne, peut rester inaperçue. Frappé, en certains cas, du désaccord apparent qui existait entre les signes objectifs constatés du côté de l'utérus et l'intensité des phénomènes névro-hystériques, Emmet soupçonna qu'il devait exister une cicatrice plus importante que celle découverte à un premier examen, et, maintes fois, un examen plus minutieux lui donna raison.

Dans les autres déchirures, l'écartement des lèvres du col persiste ; toutefois, on assiste parfois à un autre mode de guérison.

Les surfaces déchirées se tapissent d'épithélium, de sorte qu'on observe, en certains cas, une portion vaginale profondément rupturée de chaque côté, mais dont les lèvres, recouvertes, sur toute leur étendue, par un épithélium sain, restent étroitement adossées l'une à l'autre. L'état des parties est tout autre, et surtout il a, par rapport à la santé générale, une importance considérable, quand les lèvres du col s'écartent l'une de l'autre, qu'en somme, il se constitue un *ectropion*. L'ectropion est la règle dans les déchirures bilatérales moyennes et profondes (76 fois avec

ectropion, 7 fois sans ectropion). Il peut même se produire avec des déchirures unilatérales, mais, quand il paraît en être ainsi, il faut examiner soigneusement le côté jugé sain au premier abord, car, souvent, on y constate l'existence d'une déchirure légère, primitivement méconnue.

Suit l'historique de l'ectropion, et l'exposition des différentes théories émises touchant sa pathogénie. (Roser, Emmet, Fischel, Kaarsberg, Czempin, Hofmeier) (1).

Pour l'auteur, l'ectropion se produit, d'une manière générale, comme conséquence directe de la déchirure ; parfois, il succède à la traction exercée par une cicatrice paramétrique ou émanant de la paroi vaginale. Enfin, il ne lui paraît pas impossible qu'il soit, en certains cas, le résultat de la tuméfaction des tissus du col, et il estime que cette dernière circonstance est surtout susceptible d'exagérer un ectropion déjà constitué.

---

(1) On sait qu'Emmet attribue la production de l'ectropion, surtout à des effets mécaniques : quand une nouvelle accouchée, atteinte de déchirure du col se lève, l'utérus, resté plus gros, descend ; la lèvre postérieure butte contre la paroi vaginale postérieure et se retourne, s'éverse, tandis que la lèvre antérieure se porte de plus en plus en avant, où la résistance est moindre ; de ce fait, l'écartement des lèvres s'exagère. Et ces phénomènes ont d'autant plus de tendance à se produire, que les irritations qui émanent de l'angle de la déchirure, ont pour effet de retarder l'involution utérine, par suite de maintenir l'utérus plus volumineux et plus lourd. Kaarsberg a démontré expérimentalement sur le cadavre, qu'il était possible de produire un ectropion en refoulant en bas un utérus sur lequel on avait pratiqué l'incision bilatérale du col. Il fait également intervenir les ligaments, qui, solidement insérés à la face antérieure et postérieure des lèvres ne cèdent pas, tandis que les lèvres, flasques, n'offrent aucune résistance. D'autre part, on admet qu'en certains cas, l'ectropion peut résulter d'une traction s'exerçant sur les lèvres du col déchiré et émanant des parois du vagin (Fritsch, Emmet) ; mais, selon Emmet, l'éversion ne peut se produire qu'à la faveur d'une phlegmasie du tissu péri-cervical ; explication qui, à la vérité, s'applique aux déchirures intéressant les culs-de-sac, aux cas où il existe une cicatrice paramétritique, rétractile, continue avec le col ; mais, il s'agit là de faits rares. D'autre part, Czempin et Hofmeier, abandonnant la théorie mécanique, et niant que l'ectropion soit une conséquence directe de la déchirure, invoquent une maladie éventuelle de la muqueuse, compliquée ou non de métrite ; a) éversion de la muqueuse tuméfiée ; b) éversion par la raison que la portion interne de la lèvre du col s'hypertrophie plus que la portion externe.

Modifications anatomiques consécutives à la déchirure. Quand on examine au bout d'un certain temps un col qui a été déchiré, on constate, parfois, que les lèvres de l'orifice externe, même sur leur face interne, sont pourvues d'un revêtement identique à l'épithélium vaginal. Mais, règle générale, on découvre aussi dans le voisinage du museau de tanche, une zone plus ou moins rouge, qui rappelle une granulation : à peine punctiforme en quelques cas, elle recouvre souvent, sur une grande étendue, la portion vaginale, et s'étend quelquefois aux culs-de-sac. Elle est, parfois limitée à sa périphérie par une ligne courbe ; d'autres fois, cette ligne de démarcation est tout à fait irrégulière.

La surface correspondante à cette zone est tantôt finement granulée, tantôt traversée de dépressions profondes ou semée de saillies demi-sphériques ; en quelques cas, le simple contact provoque des hémorrhagies.

Or, l'examen microscopique démontre que ces conditions anatomiques, macroscopiquement si différentes, possèdent ce caractère commun, *qu'en tous les points le revêtement est constitué par de l'épithélium cylindrique.* Parfois, la structure anatomique, vue au microscope, ne se distingue en rien de la structure anatomique de la muqueuse cervicale ; en certains cas, on constate les signes d'une phlegmasie, en d'autres, au lieu de l'épithélium cylindrique, court, tel qu'on l'observe sur l'utérus, on trouve un épithélium plus élevé mais délicat, rappelant de très près les cellules fusiformes.

La dénomination d'*Érosion,* qu'à la suite d'une interprétation erronée on a donnée à cet état, a été, bien que ne correspondant pas à la nature de la lésion, conservée. En conséquence, il faut entendre, en considération des notions anatomiques fournies par le microscope, sous le nom d'érosion : une *modification anatomique caractérisée par ce fait que des zones de la portion vaginale, tapissées normalement par un épithélium plat, ont pris un revêtement constitué par de l'épithélium cylindrique.*

L'accord sur la genèse des érosions n'est pas fait. Selon Ruge et Veit, il y aurait d'abord chute des couches superficielles de l'épithélium plat, puis, les cellules profondes de cette couche, qui sont semblables à des cellules cylindriqnes, proliféreraient en donnant lieu à un épithélium cylindrique. Cet épithélium cylindrique, à son tour, en s'invaginant formerait de nouvelles glandes semblables

aux glandes du col (érosions papillaires) ; enfin, l'obstruction des canaux excréteurs de ces glandes, aboutiraient à des kystes par rétention, ou œufs de Naboth (érosions folliculaires). Par contre, d'après Fischel, l'érosion ne serait pas autre chose que la muqueuse cervicale plus ou moins modifiée. Suivant l'opinion de cet auteur, les érosions ne se rencontreraient que chez les sujets chez lesquels la muqueuse cervicale s'était, primitivement déjà, étendue sur la portion vaginale. Ou bien le siège de l'érosion n'avait jamais été pourvu d'épithélium plat (ectropion histologique congénital), ou bien il s'en était revêtu durant l'enfance ; mais plus tard, par le fait d'un processus phlegmasique, cet épithélium se détacherait en mettant au jour l'épithélium cylindrique, primitivement en place. Quant à l'auteur, il se rallie à la théorie plus simple que, dans la plupart des cas, les érosions résultent de ce que la muqueuse cervicale, sous l'influence d'un processus d'accroissement intense, s'étend sur la portion vaginale.

Le fait qu'on observe souvent des érosions dans l'état puerpéral, ont conduit Fritsch à penser qu'en certains cas elles pouvaient être produites par des influences mécaniques. « Il est admissible que l'épithélium plat peut être détruit mécaniquement ou par des processus diphtériques. Cet épithélium détruit, l'épithélium cylindrique qui déjà, du fait de l'état puerpéral, a acquis une certaine énergie de développement, s'étend sur la surface de la portion vaginale, recouvrant aussi bien les parties cruentées que celles primitivement pourvues d'un épithélium pavimenteux. »

A ces altérations anatomiques (érosions, kystes glandulaires), se surajoute parfois de la métrite. Comme conditions étiologiques d'une métrite, ou comme circonstances favorables à la persistance d'une métrite déjà existante, il faut signaler : l'irritation développée au niveau de l'angle de la déchirure et qui retarde l'involution utérine, l'endométrite chronique et les troubles circulatoires qui existent au niveau de la portion vaginale en rapport avec les effets de la rétraction cicatricielle, l'éversion des lèvres de l'orifice externe, et les déviations de l'utérus.

Les altérations de tissu, causées par l'érosion et l'endométrite d'une part, et par la métrite d'autre part, donnent en certains cas à la portion vaginale un aspect qui ne rappelle en rien l'état normal : saillies épaisses, tubéreuses, séparées par des sillons profonds, qui saignent parfois au plus léger contact, qui ont souvent l'apparence

d'une surface ulcérée, enfin, conditions anatomiques si complexes en certains cas qu'il devient difficile, sinon impossible, même pour le clinicien compétent, d'affirmer qu'il n'existe pas de cancer. Ce sont précisément ces cas qui ont suggéré la question : *la déchirure du col ne peut-elle pas être l'origine du cancer ?* à laquelle Emmet a nettement répondu par l'affirmative. Breisky a également publié plusieurs observations, dans lesquelles il croit pouvoir établir une relation directe entre la déchirure et le cancer. Les recherches de Ruge et de Veit ont aussi fourni une base solide à l'opinion que le catarrhe chronique de la muqueuse cervicale, compliqué d'érosions, constitue une condition prédisposante au développement du cancer.

D'autre part, les statistiques d'Hofmeier et de Linke témoignent que le cancer de la portion vaginale est rare chez les nullipares.

Il faut encore citer comme conséquences éventuelles de la déchirure du col : la paramétrite, les déplacements de l'utérus sous la dépendance ou non d'une rétraction cicatricielle. L'ovarite elle-même y trouverait souvent son point de départ (Macdonald, Kaarsberg).

Influence de la déchirure sur la vie génitale de la femme ; symptômes. — Souvent, il existe des troubles menstruels (Emmet), et d'ordinaire, la durée de la menstruation est, à peu près constamment, prolongée d'un jour, et les femmes sont plus abondamment réglées qu'auparavant. Les sensations sexuelles sont, en général, émoussées. En ce qui concerne l'aptitude à la fécondation, la majorité des auteurs avec Emmet, et contrairement à l'opinion professée par Noeggerath, sont d'avis qu'elle se trouve diminuée, moins peut-être du fait de la déchirure que de ses complications (endométrite, métrite, déviations utérines). Eustache, néanmoins, parle de deux femmes qui étaient restées stériles durant cinq ans, malgré la guérison des complications associées à la déchirure, et qui devinrent enceintes après qu'elles eurent subi l'opération d'Emmet. Quand une femme, atteinte de déchirure, devient enceinte, elle est fort sujette à des hémorrhagies (Grandin), dont l'avortement est fréquemment la conséquence.

Enfin, il suffit de signaler que les altérations anatomiques, de nature cicatricielles, consécutives à la déchirure, peuvent, à l'occasion, apporter un certain obstacle à l'accouchement.

Les accidents qu'accusent les femmes atteintes de déchirures du

col sont extrêmement variés : lassitude, manque d'appétit, constipation, mictions douloureuses, douleurs hypogastriques, sacrées, iliaques..., manifestations hystériques, névropathie, convulsions, en certains cas, troubles psychiques, souffrances sous la dépendance d'écoulements abondants. A la vérité, une bonne part de ces accidents ne relèvent pas directement de la déchirure mais plutôt de ses complications. Les cas dans lesquels, à la suite de l'opération d'Emmet, tous les troubles nerveux, parfois des psychoses graves, s'amendent, sans qu'on ait eu à extirper du tissu cicatriciel, inclinent à penser qu'il existe une autre source d'irritation. Elle réside, très vraisemblablement, dans les tiraillements, déjà signalés, qui, lorsqu'il y a ectropion, se produisent au niveau de l'angle de la déchirure.

De cette étude laborieuse, l'auteur conclut que, contrairement à l'opinion de Noeggerath, la déchirure du col doit être maintenue dans le cadre des affections chroniques de la matrice.

Traitement. — Après avoir rappelé l'enthousiasme exagéré, contre lequel Emmet s'éleva lui-même, que provoqua en Amérique sa méthode opératoire, aussi bien que la réaction injuste qui suivit, l'auteur s'applique à bien définir les cas auxquels l'opération d'Emmet doit être limitée. Il ne faut pas toujours attendre, de cette intervention, la guérison d'une endométrite intense, d'un catarrhe abondant. Il est des cas, où il est nécessaire par un traitement préliminaire (abrasion de la muqueuse, dilatation du canal cervical, scarifications, lavages, emploi des caustiques, du cautère, destruction préalable (avec le bistouri ou à l'aide du massage) d'adhérences paramétriques cicatricielles), de supprimer certaines complications contre lesquelles l'opération d'Emmet, seule, risquerait de rester insuffisante. Quant au tissu cicatriciel, développé dans la portion vaginale, il faut toujours l'extirper, dès qu'on intervient chirurgicalement, parce qu'il paraît très vraisemblable, suivant l'opinion d'Emmet, qu'il est le point de départ de toute une série d'accidents réflexes.

Au total, on possède contre la déchirure du col, 3 procédés chirurgicaux: 1) l'*excision de la muqueuse*, à utiliser toutes les fois qu'on pourra rapporter tous les accidents à la maladie de la muqueuse. Ce procédé a dans Noeggerath, un partisan enthousiaste, trop enthousiaste même, d'après Littauer; 2) l'*amputation de la portion vaginale*, qui, du même coup, supprime endométrite,

métrite, tissu cicatriciel, ectropion, et l'irritation émanant de l'angle de la déchirure. Mais, elle a l'inconvénient d'enlever un organe, dont rien ne démontre l'inutilité, et, d'autre part, elle doit être écartée toutes les fois qu'il existe des rétro-déviations de l'utérus. Emmet la condamne formellement, ce qui est excessif. Elle est nettement indiquée dans les cas de pertes de substance étendues du col, de déchirures multiples lorsque sous l'influence d'une métrite prolongée, la portion vaginale est devenue absolument irrégulière, quand le col est dur, rigide, au point qu'il est impossible d'écarter les lèvres l'une de l'autre, enfin, quand l'état des parties est tel, qu'en l'absence même de déchirure du col, il serait indiqué de procéder à cette intervention. Dans tous les autres cas, 3) l'opération d'Emmet représente la méthode la plus rationnelle ; c'est le procédé le plus parfait qu'on puisse imaginer, parce que, non seulement il ramène les tissus de la portion vaginale dans l'état normal, et que, par la suppression de l'ectropion et de l'angle de la déchirure, il fait cesser toutes les irritations pathologiques et les accidents réflexes, mais aussi parce qu'il restaure la forme normale de la portion vaginale.

A ce travail est annexé un tableau synoptique, consignant les traits essentiels de 50 opérations d'Emmet pratiquées par Sänger.

R. L.

VI. — PATHOLOGIE DE LA MUQUEUSE UTÉRINE

Quelques considérations sur la pathologie de la muqueuse du corps de l'utérus. (Einiges zur Pathologie der Mucosa corporis uteri). UTER. *Cent. f. Gyn.*, 1891, nº 34, p. 689.

L'auteur étudie les deux points suivants : 1) rapports de l'adénome avec le cancer ; 2) relations entre l'endométrite et les néoformations glandulaires dans la muqueuse avec les altérations simultanées de la musculeuse utérine.

Sur la 1re question, ses recherches l'ont conduit aux conclusions suivantes : il n'existe que deux formes anatomiques qu'on puisse sûrement tenir pour du cancer, c'est-à-dire deux processus qui montrent de la tendance à pénétrer dans le tissu environnant, à le détruire et à donner lieu à des métastases. Dans un cas, il s'agit de structure alvéolaire (cancer typique), dans l'autre d'hyperplasie et d'hypermégalie glandulaires telles qu'il existe des tubes d'épithélium cylindrique, sans faisceaux connectifs interstitiels, et

enroulés à la manière de pelotons de lombrics (adénome malin de Ruge).

On constate souvent en pareil cas l'effraction de la membrane glandulaire, et l'invasion des bourgeons épithéliaux dans le tissu interglandulaire, et jusque dans la musculeuse utérine. Tous les autres processus anatomiques (multiplication glandulaire, bourgeonnements épithéliaux, épithélium en prolifération, stratifiés, réplétion des cavités glandulaires avec de l'épithélium polymorphe, etc.), ne permettent pas de porter le diagnostic de cancer. Les altérations anatomiques que Ruge et Veit ont signalées comme caractérisant le cancer au début, ont été constatées dans des cas à évolution bénigne. Assurément, elles peuvent se montrer aussi au début du cancer, mais, à ce moment, rien ne permet d'affirmer, par la considération des phénomènes morphologiques, si l'on se trouve ou non en présence d'un néoplasme à tendance destructive.

Suivent deux observations, dont l'une surtout démontre combien les résultats de l'examen microscopique et même l'histoire clinique des faits peuvent induire en erreur !

2) Il ressort de l'examen des faits que la muqueuse utérine est le siège de processus qu'on désigne sous le nom d'hyperplasies, d'adénome de bonne et de mauvaise nature, que, d'autre part, la musculeuse utérine est le siège d'une hypertrophie diffuse des éléments musculaires, ou, indépendamment de l'hypertrophie générale, de noyaux fibromateux plus ou moins volumineux, aussi bien que de nodosités sous-séreuses, qu'enfin il peut exister un ou plusieurs gros fibro-myômes interstitiels. Quel rapport de succession y a-t-il entre ces diverses lésions ? Si, dit l'auteur, l'on accepte que l'affection de la muqueuse est le point de départ des modifications hypertrophiques diffuses de la musculeuse, pourquoi cette même affection ne serait-elle pas l'origine du développement des fibro-myômes circonscrits ? Il est indiscutable que, fréquemment, ménorrhagies, métrorrhagies et autres variétés de pertes précèdent de longtemps l'apparition de la tumeur. Aussi, contrairement à Wider, Campe, Martin, l'auteur considère-t-il les altérations de la muqueuse comme des altérations initiales et causales par rapport aux lésions variées de la musculeuse. L'irritation venue du dehors, porte sur la muqueuse et provoque une hypertrophie et une hyperplasie des glandes. Mais celles-ci agissent sur la musculeuse, de façon à provoquer une prolifération conjonctive

circonscrite. A son tour, la tumeur en voie d'accroissement, et les troubles circulatoires parallèles peuvent, à l'occasion, provoquer un processus régressif, et même une atrophie de la muqueuse.

Avec cette manière de voir, on s'explique certaines observations de Wyder dans lesquelles on avait constaté que précisément dans les portions de la muqueuse avoisinant de gros fibro-myômes, il n'y avait plus traces de glandes, mais bien du tissu connectif réticulé. Par contre, le processus glandulaire hyperplasique se rencontrait dans les zones opposées de la muqueuse, au niveau de laquelle la paroi ne contenait aucune tumeur. Enfin, Cornil, au cours de ses remarquables recherches sur la métrite, a constaté que les lésions inflammatoires de la muqueuse étaient plus fréquentes dans les cas de fibro-myômes au premier stade de leur développement, que dans ceux de tumeurs volumineuses.

R. L.

Recherches histologiques et considérations cliniques sur les altérations de la muqueuse utérine dans les tumeurs de l'utérus. (Ricerche istologische e considerazioni cliniche sulla alterazioni della mucosa uterina nei tumori della matrice), par CURATULO. *Annali di Ost. e Ginec.*, Milano, janvier 1891, p. 1.

Curatulo rapporte les observations de vingt hystérectomies vaginales pour cancer avec examen histologique. Il décrit les lésions glandulaires et les lésions interglandulaires. Pour lui, l'endométrite glandulaire est bien proche parente de l'adénome bénin. Avec Abel, Landau, etc., il montre que les lésions de la muqueuse du corps sont fréquentes dans le cancer encore limité au col. La muqueuse utérine présente souvent des lésions mixtes tenant à la fois du sarcome et du carcinome.

Dans les fibromes, les lésions d'endométrite sont fréquentes, mais les hémorrhagies que l'on observe sont plutôt dues à la stase dans les petits vaisseaux de la muqueuse qu'aux lésions de celle-ci.

P. MAUCLAIRE.

VII. — MÉTRITES.

Métrite cervicale, par DOLÉRIS et BONNET. *Nouv. Arch. d'obst. et de gynéc.* Paris, 1891, p. 11, 90, 114.

I. *Inflammation aiguë et chronique du col.* — L'inflammation débute dans la muqueuse. A. *Récente,* elle se caractérise par le

gonflement des épithéliums, la tuméfaction du derme muqueux, l'hypertrophie des glandes et une hypersécrétion typique (*catarrhe*). Plus tard, la muqueuse à l'étroit fait hernie à l'orifice externe (*ectropion*). — B. *Ancienne*, l'endométrite devient végétante et s'accompagne en même temps de productions kystiques. — C. A la période d'état, l'épithélium sécrétant disparaît pour faire place à un *vernis cicatriciel* sous lequel se trouvent emprisonnés des lésions extra-glandulaires et intra-glandulaires qui continuent à progresser dans la profondeur. — D. Cette réparation cicatricielle peut être incomplète ; on voit alors des *productions polypeuses*.

Sous la muqueuse enflammée, le *tissu musculaire* subit une *hypertrophie apparente* (par affaiblissement paralytique des fibres musculaires, retour à la forme primitive, hernie de l'endométrium gonflé) et une *hypertrophie réelle* (par folliculite kystique et périfolliculite, congestion sanguine passive). Les hypertrophies extrêmes, décrites par Huguier, ne sont qu'un degré de plus de l'affection.

II. *Traumatisme.*— L'inflammation est rarement isolée; résultat de l'accouchement, elle s'accompagne de lésions traumatiques, de *déchirures latérales du col*. Celle-ci n'intéresse que l'extrémité du museau de tanche (encoche), remonte jusqu'au cul-de-sac ou même le dépasse; dans ce dernier cas, le toucher donne la sensation de l'induration cicatricielle qui s'étend plus ou moins loin au-dessus et en dehors de l'insertion du vagin ; souvent alors elle se continue avec une traînée de paramétrite occupant la base du ligament large correspondant. La déchirure, quelquefois bilatérale, est plus fréquemment unilatérale et gauche. Rarement elle occupe une des lèvres, souvent il n'y a qu'une apparence due à une torsion de l'utérus qui ramène l'une des commissures latérales en avant ou en arrière. La cicatrice, pouvant englober des nerfs, est alors le point de départ de phénomènes douloureux locaux et réflexes. Emmet, qui exagérait le rôle de la lacération, en faisait la cause de la métrite. C'est bien plutôt l'inflammation qui s'oppose à la réunion primitive de la lésion traumatique et qui, déterminant la suppuration de la déchirure, entraîne la production du tissu de cicatrice.

III. *Déformations.* — Les déformations du col tiennent à des causes variées. Elles peuvent être *liées à l'inflammation (éversion* par paralysie des fibres musculaires sous-muqueuses enflammées, *conicité* suite des troubles circulatoires et trophiques, *anté-*

flexion résultat de l'exagération de l'antéflexion normale, d'une faiblesse inflammatoire de l'isthme, des alternatives de replétion et de vacuité de la vessie qui assouplissent la charnière utérine, de l'affaiblissement du plancher vaginal antérieur, de la paramétrite postérieure qui tire le col en arrière). Le *traumatisme*, non compliqué de déformation, ne comporte pas de déformations bien fâcheuses. Tout au plus pourrait-on mettre en question la réparation d'une déchirure un peu profonde dans la crainte qu'une grossesse survenant dans ces conditions ne se terminât prématurément. La déchirure prédispose toutefois à l'inflammation de l'endométrium plus accessible aux agents extérieurs. Le *traumatisme combiné à l'inflammation* donne, au contraire, des déformations extrêmes pouvant aller jusqu'à donner au col la forme d'un champignon renversé, par suite de l'éversion exagérée combinée à une hypertrophie réelle du col.

ÉTIOLOGIE. — La cervicite vraie est *infectieuse* et l'infection vient de l'extérieur. Elle est *suppurative* (staphylocoques), *blennorhagique* (gonocoques) ou *puerpérale* (streptocoques). Les causes banales invoquées autrefois agissent soit en produisant la congestion et préparant le terrain (froid, fatigues, troubles menstruels, etc.), soit en ouvrant une porte d'entrée (traumatismes).

SIGNES ET DIAGNOSTIC. — A. *Signes fonctionnels*. — La *sécrétion* est glaireuse, adhérente, blanchâtre, muco-purulente, purulente, sanguinolente, sans que jamais il y ait de véritables métrorrhagies comme dans les endométrites du corps. La *douleur* est locale (col douloureux au contact) ou irradiée (maux de reins). Elle est sous la dépendance directe de l'inflammation du col ou la conséquence de l'inflammation des ligaments utéro-sacrés, de l'obstruction du canal cervical (spasmes, gonflement de l'endometrium, antéflexion), de complications (portant sur le paramétrium, les annexes, le péritoine, l'intestin, etc.).

B. *Signes physiques*. — L'exploration permet de constater l'ectropion, l'éversion des lèvres, l'état de l'orifice externe qui est généralement agrandi, mais qui, dans les formes inflammatoires, compliquées de déformation conique est souvent très rétréci, punctiforme, oblitéré par un bouchon de mucus. Le *toucher* et *l'examen au spéculum* suffisent pour constater ces diverses lésions.

Dans l'endométrite intra-cervicale pure, sans ectropion et avec atrésie de l'orifice externe, il faut pour apprécier l'étendue et la

profondeur du mal, avoir recours à deux artifices opératoires, la *section du col* et la *dilatation*. Indépendamment de leur utilité au point de vue du diagnostic, ces deux moyens présentent encore un incontestable avantage thérapeutique.

Le *cathétérisme* enfin est, à défaut du toucher intra-cervical, un moyen de diagnostic utile. Il faut se servir d'un cathéter rigide ou malléable, mais pas mou comme une bougie. On apprécie ainsi les aspérités de la muqueuse, les saillies kystiques, la dilatation du col, l'existence de flexions.

Toutes ces manœuvres doivent être faites très antiseptiquement.

Le *diagnostic différentiel* n'est à faire qu'avec la métrite du corps et l'épithélioma. La *métrite du corps* est caractérisée par les métrorrhagies, l'écoulement d'un liquide différent, la douleur locale au fond de l'utérus provoquée par la pression de l'utérus. *L'épithélioma* au début est quelquefois d'un diagnostic difficile, le mieux alors est de faire l'examen d'un fragment excisé.

COMPLICATIONS. — Les complications résultent : 1° de la propagation de l'inflammation au delà des limites du col ; 2° des troubles fonctionnels ou trophiques.

La propagation de lésions peut se faire *par continuité des muqueuses* (endométrite du corps, salpingite, péritonite, ovarite, vaginite du cul-de-sac postérieur). Elle peut se faire *par les troncs veineux et lymphatiques*, surtout mis en cause lorsqu'il y a association du traumatisme et de septicité ; c'est de cette manière que se développent les paramétrites et certaines oophoro-salpingites où les tuniques externes sont affectées avant la muqueuse.

Le *fonctionnement du rectum* et celui *de la vessie* peuvent être troublés par le développement de paramétrites antérieures et postérieures. L'atrésie de l'orifice interne peut amener la *rétention des sécrétions, l'hystéralgie*. Les paramétrites sont elles-mêmes la cause de *déviations*, de flexions permanentes.

TRAITEMENT. — Le traitement doit avoir un triple objectif, correspondant aux trois termes de la pathologie du col utérin, inflammation, traumatisme, déformation.

I. *Traitement de l'inflammation*. — Au début, le traitement est simple ; il doit être *extra* et *intra-cervical*. Extra-cervical il consiste à assurer l'antisepsie du vagin par des injections chaudes de sublimé (1 p. 1000 à 1 p. 4000) et des applications de tampons iodoformés qui soulèvent le col et facilitent la circulation en retour. En cas de sécrétions épaisses ou de gonflement extrême de la muqueuse,

on recourt à la glycérine qui produit une action dyalitique utile. Certains vagins s'excorient par la glycérine, il faut alors employer la vaseline iodoformée (vasel. 30, iodof. 10, camphre 2) ou s'il y a des phénomènes douloureux la préparation suivante (vasel. 30, salol 5, chloral 5). Concurremment, il faut recourir à un traitement intra-cervical, consistant surtout dans la dilatation antiseptique de la cavité et dans des écouvillonnages légers.

Dans les cas de moyenne intensité, la dilatation répétée suivie du tamponnement antiseptique peut être utilisée. Elle est le plus souvent insuffisante et il faut recourir au hersage, fait avec une sorte de scarificateur à lames parallèles multiples et tranchantes de 3 à 4 millim., au curage tranchant ou à l'application de certains topiques tels que la créosote, le napthol camphré, la glycérine iodée (iode 1, glycérine 2).

Lors de lésions plus profondes il faut faire l'ablation de la muqueuse au bistouri, suivie de la thermo-cautérisation légère de la surface cruentée ou la stomatoplastie, qui n'est, en quelque sorte, qu'une réduction de l'amputation à lambeaux.

La forme interstitielle scléro-kystique est justiciable de l'amputation. La ponction et la cautérisation des kystes, qui amène une détente passagère dans les symptômes, n'est qu'un palliatif de courte durée.

II. *Traitement des lésions traumatiques.* — Immédiatement aprés l'accouchement, on doit faire la trachélorrhaphie. Plus tard on n'opérera que si l'inflammation s'est surajoutée à la lésion traumatique. Le procédé d'Emmet conviendra aux cas où la cervicite à son début est susceptible de céder à de petits moyens; mais dès que l'endométrite est profonde, accompagnée de kystes il faut recourir à l'amputation de Schröder, en lui combinant le large avivement et les sutures latérales d'Emmet.

III. *Traitement des déformations.* — Contre la flexion des séries répétées de dilatation; contre la conicité, la stomatoplastie ou la section bilatérale; contre l'allongement hypertrophique, l'amputation. H. H.

Hémorrhagies utérines après la ménopause, en dehors des tumeurs malignes. (Uterine hemorrhage after the menopause not dependent on malignant growths), par MONTAGU HANDFIELD-JONES. *Lancet.* Lond., 1890, vol. II, p. 228.

Chez toute femme ayant dépassé la ménopause on est tenté,

dans toute hémorrhagie, de voir un signe de cancer. Cependant il n'en est pas toujours ainsi. L'auteur rapporte quatre de ces trop rares exceptions.

Le premier cas — femme de 52 ans. — fut d'ailleurs pris pour un cancer. La guérison spontanée vint montrer plus tard qu'il s'agissait sans doute de quelque collection purulente périutérine ou intra-tubaire ayant donné lieu à des pertes blanches ainsi qu'à des hémorrhagies.

Le second, d'un diagnostic plus délicat encore, a trait à une lésion ulcérative chez une femme de 66 ans. L'auteur faute de mieux s'est arrêté au diagnostic de lupus.

Dans le troisième cas, il s'agissait d'une endométrite sénile d'origine évidemment infectieuse, chez une femme de 59 ans.

Enfin, dans le dernier cas, les hémorrhagies qui avaient fait porter par un médecin qui s'abstint d'examiner la malade, le diagnostic de cancer, étaient dues à des ulcérations produites par un vieux pessaire incrusté, qui était au fond du vagin depuis plusieurs années et dont l'extraction mit une trève aux douleurs, aux ulcérations et aux hémorrhagies. J.-L. FAURE.

OUVRAGE REÇU :

Les travaux de la cinquième session du **Congrès français de Chirurgie** qui s'est tenue au mois de mars dernier, sous la présidence du professeur GUYON, se trouvent consignés dans un important volume publié par l'éditeur Félix Alcan. Les trois questions à l'ordre du jour de la session étaient: *l'intervention chirurgicale dans les affections des centres nerveux* (la trépanation primitive excepté) ; *résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus dans les affections non néoplasiques de ces organes* (1) ; *des diverses espèces de suppurations examinées au point de vue bactériologique et clinique.* Ces questions ont donné lieu à de nombreuses communications et à d'intéressantes discussions auxquelles ont pris part nos plus importants chirurgiens ; plus de 70 communications sur divers sujets complètent l'ouvrage, et témoignent de l'importance des travaux de ce congrès, ainsi que de la haute valeur de la chirurgie française. (1 vol. in-8° avec figures dans le texte, 14 fr. *Félix Alcan*, éditeur.)

(1) Les *Annales de Gynécologie* ont publié intégralement les plus importantes des communications faites sur la 2e question.

Le gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Octobre 1891

TRAVAUX ORIGINAUX

Hôpital Necker. — Clinique du professeur Guyon.

LA LITHOTRITIE CHEZ LA FEMME

MESSIEURS,

Je vais opérer aujourd'hui devant vous une femme dont la vessie renferme un calcul. La lithotritie est une opération assez rare chez la femme. Aussi j'ai pensé qu'il serait intéressant d'étudier, dans cette leçon, les conditions et le manuel opératoire de la lithotritie dans un cas spécial.

La malade est âgée de 51 ans : elle n'a jamais été sondée, ni examinée avant son entrée à l'hôpital qui date de la seconde quinzaine de février. Elle a une vessie qui suppure abondamment. On trouve en effet une moyenne de quatre à cinq centim. de pus dans le bocal où sont réunies les urines émises en vingt-quatre heures. Cette suppuration dure depuis longtemps, six ans environ.

C'est là un fait rare, car les calculs, qu'ils siègent dans le rein ou la vessie, évoluent en général aseptiquement. La suppuration ne se montre guère que chez les individus porteurs d'une diathèse, par exemple chez les tuberculeux. Cependant il peut exister, chez les femmes, de la suppuration qui survient sans cause appréciable. J'ai quelquefois appelé

ces cystites *vaginales*, pour montrer que l'infection procède de dehors en dedans, c'est-à-dire du vagin à la vessie. Cette infection par inoculation uréthrale est possible chez la femme; en dehors de la blennorrhagie elle est impossible chez l'homme.

Notre malade accusait de la douleur dans les régions génitales pendant les rapports sexuels. Elle avait de la vaginite. Elle a aussi, depuis longtemps, de la cystite : les mictions sont fréquentes et douloureuses. C'est très probablement sous l'influence de cette cystite que des dépôts de phosphates se sont accumulés peu à peu dans la vessie et ont enfin constitué le calcul que nous allons extraire. Ce calcul est donc *secondaire,* consécutif à la cystite.

Depuis deux ans, les phénomènes pathologiques se sont accentués graduellement. Il y a eu des rétentions d'urine qui duraient de deux à dix heures, de l'incontinence nocturne. Il n'y a jamais eu d'hématurie. Telle est, en résumé, l'histoire pathologique de cette malade. Avant de l'opérer, je désire vous exposer brièvement les principes de la lithotritie chez la femme et les différences à établir avec la lithotritie qu'on exécute chez l'homme bien plus fréquemment.

Le point capital de ce parallèle est la difficulté beaucoup plus grande de la lithotritie chez la femme. Ce fait a du reste besoin d'explications, car, au premier abord, il peut sembler paradoxal.

En effet, l'introduction des instruments est facile chez la femme. Mais, chez elle, la grande difficulté de l'opération réside dans la vessie qui est, ou bien douloureuse et se laissant difficilement distendre, ou bien, au contraire, trop distensible.

Chez l'homme, on trouve le plus souvent le calcul en arrière de la prostate. On opère donc sans changer, pour ainsi dire, le lithotriteur de place, dans un champ opératoire bien limité. Chez les femmes, au contraire, la vessie ne présente pas, à sa partie inférieure, de région nettement constituée, on n'y trouve pas le bas-fond qui existe chez l'homme.

Aussi, tandis que, chez ce dernier, le calcul siège presque constamment au niveau de ce bas-fond, chez la femme on peut le rencontrer dans toutes les régions de la vessie.

Chez la femme il faut donc se créer un champ opératoire en déprimant la vessie en un point plus ou moins voisin du col pour y amener le calcul, le saisir et le broyer ; sur une vessie saine, il est facile d'obtenir cette dépression : il suffit d'appuyer la coudure du lithotriteur sur la paroi inférieure de la vessie. Mais, lorsqu'il y a une cystite, cette manœuvre peut être très difficile. Il faut alors commencer par saisir le calcul, puis l'amener dans la partie inférieure de la vessie et enfin le broyer.

Dans certains cas, le calcul demeure en un point fixe de la vessie, situé quelquefois sur la paroi supérieure, pendant toute la durée de l'opération. C'est même en ce point qu'on est obligé d'aller chercher les fragments pendant tout le cours de l'opération. Ces faits se rencontrent souvent quand on opère dans une vessie dont les parois ont une tendance à se rapprocher comme les feuillets d'un portefeuille.

Toutes ces conditions de la lithotritie chez la femme, conditions qui se retrouvent du reste aussi chez l'enfant, peuvent se résumer dans ce principe général : *toutes les fois qu'il faut chercher le calcul, la lithotritie est une opération difficile.* Chez l'homme le développement de la prostate qui existe à l'âge où l'on opère généralement les calculs, n'est pas sans utilité. C'est lui qui, en grande partie, a contribué à permettre à la lithotritie de rester dans la pratique. L'hypertrophie de la prostate peut donc avoir son utilité ; elle est ici très manifeste.

Pour nous résumer, les temps de la lithotritie chez la femme sont au nombre de cinq :

1° Introduire l'instrument ;

2° Se créer un champ opératoire sur le fond de la vessie, en déprimant cette région avec le talon du lithotriteur ;

3° Saisir le calcul ;

4° Le fixer, une fois que la prise est reconnue bonne par

les contacts multipliés de la pierre entre les mors du lithotriteur;

5° Broyer le calcul. Évacuer les fragments.

A part le deuxième temps qui constitue, chez la femme, la difficulté de la lithotritie, les autres temps sont les mêmes que chez l'homme.

Les résultats de l'opération sont aussi bons dans les deux sexes. Nous obtenons, vous le voyez sans cesse, la guérison sans fièvre et en très peu de jours.

LA FIÈVRE PUERPÉRALE D'AUTREFOIS ET LA FIÈVRE PUERPÉRALE D'AUJOURD'HUI

ÉTUDE CLINIQUE

Par MM. **F. Labadie-Lagrave**, médecin de la Maternité, et **A. Gouget**, interne des hôpitaux.

I

L'avènement de la méthode antiseptique, en obstétrique et en chirurgie, n'a pas eu seulement pour effet de supprimer la plupart des complications des plaies, plaies chirurgicales ou plaie utérine, et d'abaisser ainsi considérablement la morbidité des opérés comme celle des femmes en couches. Il a rendu un second service, moins éclatant, moins brutal, pourrait-on dire, mais non moins appréciable, en atténuant les complications qu'il a été impuissant à prévenir. En d'autres termes, il a exercé son influence non seulement sur la *quantité*, mais aussi sur la *qualité* des infections. Dans la pratique chirurgicale actuelle, lorsque, par exception, une infraction aux règles de l'antisepsie a permis la contamination d'une plaie opératoire, on ne voit plus éclater, comme autrefois, la septicémie suraiguë, l'infection purulente, ni la pourriture d'hôpital. Ce qu'on observe, c'est soit un abcès local, soit ce premier degré d'infection qu'on décorait jadis du

nom de fièvre traumatique. Seules, quelques complications comme la péritonite et le tétanos, tout en devenant de plus en plus rares, s'observent encore, sans avoir rien perdu de leur gravité, ce qui tient, pour la première, à la susceptibilité extrême de l'organe intéressé, pour le second, au peu de prise que paraît offrir l'élément infectieux à l'action des antiseptiques.

La même transformation s'est opérée dans la pratique obstétricale. Non seulement la fièvre puerpérale a considérablement diminué de fréquence, mais sa physionomie générale s'est modifiée, les cas bénins étant maintenant de beaucoup les plus communs. Enfin certaines formes de l'infection ont subi, du fait de l'antisepsie, une évolution symptomatique propre à en rendre le diagnostic difficile, d'autant que leur symptomatologie actuelle ne se trouve guère décrite dans les auteurs. Aussi nous a-t-il paru intéressant de tracer une rapide esquisse de la fièvre puerpérale, telle qu'elle se présente aujourd'hui, et, pour mieux mettre en relief ses principaux caractères, de l'opposer à la fièvre puerpérale d'autrefois, à celle de la période préantiseptique, c'est-à-dire d'il y a vingt ans à peine.

II

Comment se présentait jadis la fièvre puerpérale ? Sans entrer dans de grands détails sur cette question, ce qui nous entraînerait beaucoup trop loin, nous nous contenterons de rappeler brièvement quelles étaient alors les formes le plus fréquemment observées.

Si l'on parcourt les descriptions des anciens auteurs, on ne tarde pas à y distinguer deux ordres de cas très nettement différents, et même, jusqu'à un certain point, opposables. Les uns ne sont guère caractérisés que par des symptômes généraux : température très élevée, grande fréquence du pouls, frissons répétés, état général très grave. Du côté de l'abdomen, rien ou presque rien. Ces formes dites formes

malignes, formes putrides, typhus puerpéral, etc., tuent invariablement la malade en quelques jours, et l'on ne trouve aucune lésion à l'autopsie, à part les altérations du sang qui n'ont, d'ailleurs, rien de caractéristique. Dans les autres cas, l'attention est, au contraire, d'emblée attirée vers la zone génitale. Le météorisme, la sensibilité de l'abdomen, le défaut d'involution et la mollesse de l'utérus, la diminution et la fétidité des lochies, ne permettent pas de méconnaître la source du mal. Les symptômes généraux (fièvre, frissons, facies, etc.) sont relégués au second plan. Ici, la durée de la maladie est plus longue, et l'on compte quelques guérisons.

Les premières formes se montraient surtout en temps d'épidémie ; les secondes étaient, au contraire, les formes couramment observées en temps ordinaire, les formes endémiques. C'est même probablement à cette physionomie variable de l'infection, suivant les circonstances, qu'étaient dues les divergences des auteurs sur la question de sa véritable nature. Les uns, ayant observé surtout en temps d'épidémie, admettaient une affection générale d'emblée, une fièvre essentielle, une *pyrexie*. Les autres, n'ayant guère vu que les formes courantes, défendaient au contraire, la doctrine localisatrice, organicienne pour eux, la fièvre puerpérale était une *phlegmasie*.

Parmi les formes généralisées, on établissait une distinction suivant la présence ou l'absence du pus à l'autopsie.

Quant aux formes localisées, elles étaient au nombre de deux principales : la métrite et la péritonite. La première, d'observation courante, ainsi que la paramétrite, prenait souvent un caractère de malignité particulier que l'on exprimait par les noms de métrite putrescente, métrite gangreneuse. La péritonite était peut-être plus fréquente encore, si bien que nombre d'auteurs, comme Capuron, Baudelocque, et, plus près de nous, Jacquemier et Grisolle, identifiaient les deux expressions de fièvre puerpérale et de péritonite puerpérale. « Sur vingt malades succombant à la fièvre puerpérale, » disait Beau à la tribune académique lors

de la célèbre discussion de 1858, « il y en a bien dix-neuf qui sont affectées de péritonite. Elle résume donc pour ainsi dire en elle la fièvre puerpérale. »

Quant à la phlegmatia alba dolens, dans laquelle les travaux récents ont décelé une forme atténuée de l'infection, elle était très rare. White accusait 9 cas sur près de 10,000 accouchements, Grisolle (1) 1 sur plus de 500 ; Jœrg, dans une pratique très étendue, n'en avait pas observé un seul, et M. Hervieux (2), après avoir cité ces auteurs, déclarait être resté des années entières sans voir un cas de phlegmatia à la Maternité. En réunissant les statistiques collationnées par Raige-Delorme (3), et qui portent sur 12,000 accouchements environ, on arrive à la proportion de 1 phlegmatia pour 554 accouchements. Sans doute, un certain nombre de cas passaient inaperçus, car souvent l'affection ne se déclare qu'après que les femmes ont quitté l'hôpital. Mais cette même condition se trouve encore réalisée aujourd'hui, de sorte que les statistiques actuelles restent comparables à celles d'autrefois. Nous ferons tout à l'heure cette comparaison. Pour le moment, ayant égard à la fréquence des cas d'infection puerpérale observés jadis, contentons-nous de reconnaître que la phlegmatia tenait parmi eux bien peu de place.

Retenons donc de cette rapide revue :

1° La fréquence des formes générales, foudroyantes, en temps d'épidémie.

2° La fréquence de la péritonite, comme forme endémique de l'infection. Or la péritonite est la plus grave des formes localisées.

3° La rareté de la phlegmatia, la plus bénigne de ces formes.

(1) *Traité de pathologie interne*, 9e édition, t. II, p. 336.

(2) *Traité des maladies puerpérales*, 1870, p. 735.

(3) Cité par M. Hervieux, *loc. cit.*

III

Depuis les progrès de l'anatomie pathologique et la microbiologie, et surtout depuis l'introduction de l'antisepsie dans la pratique obstétricale, les choses ont bien changé.

D'abord, on est arrivé à classer d'une manière plus satisfaisante les différentes formes de l'infection. Ce n'est pas qu'on puisse prétendre encore à une classification définitive ; l'état actuel de nos connaissances ne nous le permet pas. Mais voici du moins, à titre provisoire, la classification clinique que nous proposons (nous réunissons, bien entendu, sous le nom de fièvre puerpérale toutes les complications qui résultent d'une infection, quelle qu'elle soit, de la plaie génitale) :

- Formes généralisées........
  - Septicémie proprement dite.
  - Pyohémie.
- Formes aiguës localisées.:.
  - dans la zone génitale.
    - Vulvite, vaginite, érysipèle.
    - Métrite.
    - Paramétrite (salpingo-ovarite, pelvi-cellulite, pelvi-péritonite, phlegmon iliaque).
    - Péritonite généralisée.
  - à distance.
    - Endocardite ulcéreuse. Myocardite.
    - Néphrite.
    - Pleurésie et broncho-pneumonie.
    - Méningite.
    - Tétanos.
- Formes localisées tardives et subaiguës.................
  - Métrite, salpingite, pelvi-péritonite.
  - Néphrite.
  - Endocardite et myocardite.
  - Phlegmatia alba dolens.

Quelques remarques à propos de cette classification :

1° Nous avons tenu avant tout, dans ce tableau, à être à peu près complets. Mais, pour certaines affections, comme la pleurésie et la broncho-pneumonie, la méningite, nous devons reconnaître que leur relation avec l'infection puerpérale n'est pas encore rigoureusement démontrée (1). Aussi, à défaut d'observations personnelles, n'insisterons-nous pas dans cette étude sur les localisations de l'infection du côté des organes respiratoires et des méninges.

2° On remarquera peut-être l'absence de l'infection putride dans ce tableau. C'est qu'à nos yeux l'infection putride n'est pas une forme nosologique, mais une modalité étiologique. La putréfaction du fœtus ou de fragments du délivre retenus dans la cavité utérine, la présence d'eschares, sont une des causes de l'infection, et peuvent donner naissance à ses différentes formes : métrite, péritonite, comme septicémie ou pyohémie. Mais il n'y a pas lieu de décrire, au point de vue symptomatique, une forme spéciale dite infection putride. La fétidité particulière des lochies et de la diarrhée peut mettre sur la voie de l'étiologie, et, par suite, de la thérapeutique : elle ne constitue pas un symptôme suffisant pour motiver une description à part. D'ailleurs, dans le traité de l'infection puerpérale le plus récent que nous connaissions, celui de Fehling (Die Physiologie und Pathologie des Wochenbetts. Stuttgart, 1890), l'infection putride ne figure pas parmi les formes cliniques de la fièvre puerpérale.

La même observation s'applique à la forme pseudo-membraneuse, qui n'est pas une variété clinique, mais une simple modalité anatomique. Il y a des métrites, des péritonites, des septicémies pseudo-membraneuses, comme il y a des métrites, des péritonites, des septicémies putrides, et il s'a-

(1) On pourra consulter, à ce sujet, l'intéressante observation de broncho-pneumonie puerpérale à streptocoques que M. Cabadé (de Toulouse) vient de communiquer à l'Association française pour l'avancement des sciences (section de Marseille, septembre 1891). L'observation détaillée a paru antérieurement dans le *Journal des connaissances médicales* (n° du 26 mars 1891).

git si peu de formes cliniques distinctes, qu'une péritonite d'origine putride pourra se présenter, à l'autopsie, sous l'aspect pseudo-membraneux.

3° Certaines formes localisées, comme la métrite et la paramétrite, la néphrite, l'endocardite et la myocardite, figurent deux fois dans notre tableau, parmi les formes aiguës et parmi les formes subaiguës. C'est qu'en effet, suivant les cas, leurs allures peuvent être assez différentes pour motiver deux descriptions cliniques séparées. A l'état aigu, elles apparaissent nettement comme des complications de la plaie génitale. Mais, à l'état subaigu, elles peuvent ne se manifester que plusieurs mois, plusieurs années, après l'accouchement : aussi leur relation avec l'état puerpéral est-elle moins apparente. Ce sont des affections étudiées en gynécologie (métrite, salpingite, pelvi-péritonite), ou en médecine (néphrite, endocardite, et myocardite). Nous avons tenu à indiquer le lien qui les rattache à l'état puerpéral, mais elles ne nous occuperont pas dans la suite.

Ajoutons que ces états subaigus ne succèdent pas nécessairement aux états aigus correspondants : ils peuvent se présenter isolément, comme première manifestation appréciable de l'infection.

Mais c'est assez parler de notre classification, qui n'a d'autre prétention que d'être une classification d'*attente*, rien de plus.

A un autre point de vue, au point de vue prophylactique, on est arrivé à diminuer considérablement la fréquence de l'infection. Les grandes épidémies ont complètement disparu : on n'observe plus guère que des cas sporadiques disséminés. Enfin, les cas bénins sont en grande majorité : c'est un fait admis de tout le monde, plutôt par impression générale que de par les résultats des statistiques, car nous avons vainement cherché dans les derniers travaux publiés sur la fièvre puerpérale une statistique indiquant la morbidité actuelle, et surtout les formes le plus fréquemment observées.

A défaut de ce renseignement, nous sommes obligés de nous en rapporter exclusivement à nos propres observations. Elles portent sur 15 cas, dont 4 suivis de mort. Ces cas ont été recueillis cette année dans le service de médecine de la Maternité, de janvier à septembre. Des 15 malades, 3 sont venues directement du dehors : les autres nous ont été passées du service d'accouchements.

Voici comment se décomposent ces cas :

Métrite	1
Paramétrite	1
Phlegmon iliaque	1
Péritonite généralisée	2 (2 morts).
Pyohémie	1 (mort).
Phlegmatia	4

La malade atteinte de paramétrite, ayant présenté ultérieurement de la phlegmatia, a été comptée deux fois dans ce tableau : cela ne fait donc que 9 observations. Quant aux 6 autres cas, dont un a été suivi de mort, 5 d'entre eux ont présenté une allure un peu spéciale. Avant de leur mettre une étiquette, nous allons les rapporter brièvement.

Obs. I. — N..., Ida, domestique, 19 ans, primipare. Accouche à la Maternité, dans la matinée du 24 février, à 8 mois de grossesse (on n'a pu trouver la cause de cet accouchement prématuré). Enfant vivant, bien portant. Un quart d'heure après l'accouchement, délivrance naturelle. Température normale.

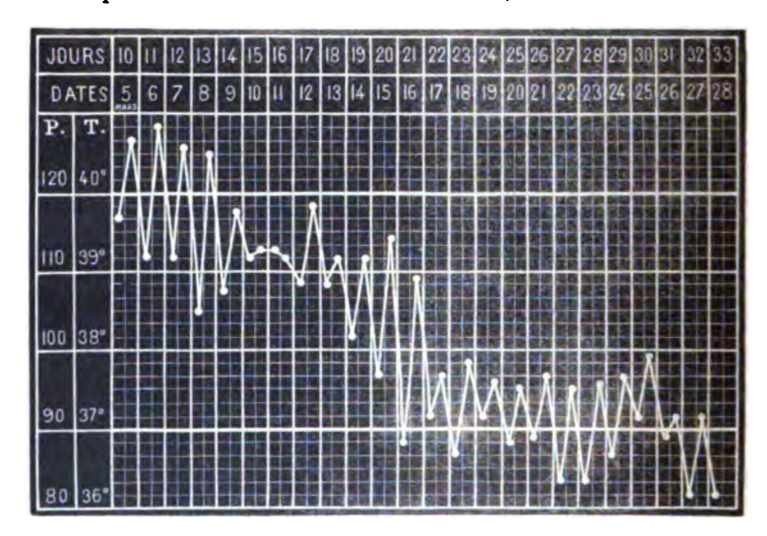
Aucun renseignement ne nous a été fourni sur l'état de la malade dans les jours qui suivirent son accouchement. Neuf jours après, le 5 mars, elle est passée dans le service de médecine.

A ce moment, elle présente, avec une température de 39°,6, un teint jaunâtre, terreux, une langue saburrale. Toux sèche, par quintes assez fortes et répétées. A l'auscultation, on ne trouve qu'une respiration rude aux sommets. Douleur spontanée et exagérée par la pression, dans les hypochondres. L'abdomen, météorisé, surtout dans la région sous-ombilicale, n'est pas sensible au palper. Au niveau de la fourchette et de la partie adjacente de la petite lèvre droite, eschare recouverte d'une fausse membrane grisâtre.

Culs-de-sac souples. L'utérus, mobile, n'est que très légèrement douloureux au palper et au toucher combinés. Les lochies, peu abondantes, ne sont pas fétides. Un peu d'albumine dans les urines. Selles assez copieuses (lavement la veille).

Traitement : Todd. Lait, bouillon. 1 gr. bromhydrate de quinine. 3 injections vaginales, 2 injections intra-utérines à l'eau phéniquée (2 0/0). Pansement de la plaie vulvaire à la poudre d'iodoforme. Compression ouatée des seins. Le soir : 40°,6.

Le lendemain, même état. Apparition de nombreux sudamina sur la paroi antérieure du thorax. 39° et 40°,8.



7 mars. 39° le matin. Le météorisme persiste. Constipation. La quinine, ayant déterminé des bourdonnements d'oreille, est remplacée par l'antipyrine (2 gr.). Les injections intra-utérines ramènent quelques petits débris de caduque. Un peu après la seconde, violent frisson. Le soir, 40°,5.

Le 8. Même état. Même traitement. 38°,4, le matin ; 40°,4 le soir.

Le 9. Frisson dans l'après-midi. 38°,7 et 39°,7.

Le 10 et le 11, les grandes oscillations thermiques font place à un plateau : la température se maintient, soir comme matin, à 39°. On fait toujours deux injections intra-utérines par jour.

Puis viennent des oscillations progressivement descendantes de la température. A partir du 14, on ne fait plus qu'une injection

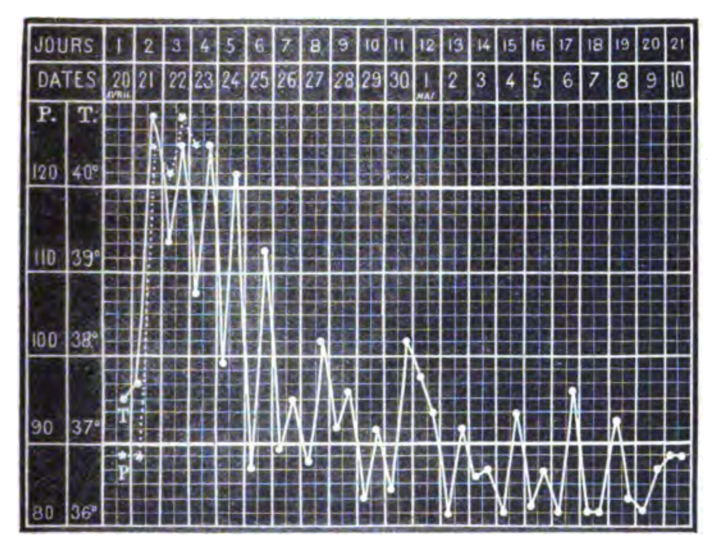
intra-utérine par jour, jusqu'au 18. A cette date, la fièvre a complètement cédé. La toux a cessé, le météorisme a disparu, l'utérus est parfaitement rétracté, la plaie vulvaire est presque cicatrisée.

Obs. II. — L..., Marie, domestique, 19 ans, primipare.

Un peu de toux et de diarrhée depuis quelques jours avant l'accouchement.

Accouchement à terme, normal, le 20 avril dans la soirée.

Délivrance naturelle. Temp. après l'accouchement : 37°,4. Pouls



à 88. Violent frisson immédiatement après la délivrance.

Le lendemain matin, la température est toujours à 37°,4, mais le pouls s'élève à 124. Un peu de tympanisme abdominal. Constipation. On donne de la magnésie, et deux lavements glycérinés. Sulfate de quinine 0,50. Une injection intra-utérine ramène quelques débris de caduque.

Le soir, le pouls reste à 120, et la température monte brusquement à 40°,8.

22 avril. La constipation a fait place à la diarrhée. Le tympanisme persiste. 39°,2, et 120 pulsations le matin. Glace sur l'abdomen. Sulfate de quinine 0,50. 4 injections intra-utérines. Compression ouatée des seins.

Le soir, 40°,4 et 128 pulsations.

Le 23. Persistance de la diarrhée. Un peu de toux sèche. 38°,7 le matin, pouls à 124. La malade est passée dans le service de médecine.

A son entrée : aspect abattu. Teint blafard. Sueurs profuses. Langue blanche. Respiration facile. A la base gauche, expiration légèrement soufflante. Cœur normal. Abdomen un peu tendu, mais non douloureux. Foie et rate tuméfiés. Utérus difficile à délimiter; remontant à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic; mobile, à peu près indolent, même par le palper et le toucher combinés. Les lochies ne sont pas fétides.

Déchirure périnéale assez étendue. Rien dans les culs-de-sac. La diarrhée persiste. Léger nuage albumineux dans les urines.

Traitement : Todd. Lait et bouillon. Salicylate de bismuth, 2 gr. Bromhydrate de quinine, 1 gr.; 2 injections intra-utérines à l'eau phéniquée. 3 injections vaginales. Iodoforme sur la déchirure périnéale. Ventouses sèches à la base gauche. Le soir, 40°,4.

Même état général le lendemain. La diarrhée diminue. Rétention d'urine avec regorgement lors des secousses de toux. Le cathétérisme donne issue à un demi-litre d'urine.

Même traitement. 37°,9 le matin, 40° le soir.

Les jours suivants, la toux diminue, la diarrhée cesse. Le météorisme disparaît progressivement, et l'utérus se rétracte. Mais la rétention d'urine persiste jusqu'au 27. Pendant ce temps, la température tombe par grandes oscillations. Les injections intra-utérines sont cessées le 27.

La malade entre alors franchement en convalescence. Elle présente même, pendant cette période, une certaine tendance à l'hypothermie (température du matin presque constamment au-dessous de 37° et pouls pendant plusieurs jours à 44). Potion avec 1 gr. de caféine.

A la sortie de la malade, le 20 mai, température normale, pouls à 68 (1).

Obs. III. — D..., 21 ans, ménagère. Primipare. Accouchée chez elle par une sage-femme, le 29 mai. Enfant vivant, à terme, bien

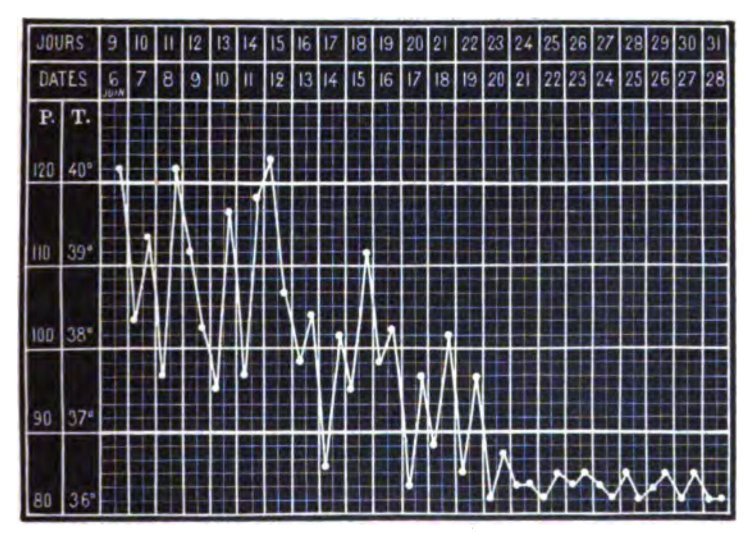
(1) 3 mois après (28 août) cette femme rentre dans le service pour une périmétrite des mieux caractérisées. C'est, en quelque sorte, la signature de l'infection, qui a donné lieu à deux poussées, la première généralisée, la seconde localisée, le microbe s'étant cantonné au voisinage de l'utérus.

constitué. Presque aussitôt après l'accouchement, la sage-femme aurait tiré sur le cordon, et le placenta serait venu après quelques tractions.

Les jours suivants, rien d'anormal. L'enfant est allaité par une nourrice.

Mais le 6 juin surviennent des vomissements, et, le soir, la malade est prise d'un frisson. Elle fait appeler un médecin qui, trouvant 40°, l'envoie immédiatement à la Maternité. Elle est reçue dans notre service.

Examinée le lendemain matin (7 juin), elle présente, avec une température de 38°,2, un peu de météorisme, sans douleurs abdominales. L'utérus, mollasse, remonte jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Pas de sensibilité au palper ; un peu de douleur au palper et au toucher combinés. Très légère odeur des lochies. Périnée et vulve intacts. Rien dans les culs-de-sac.



Constipation depuis quatre jours. Miction normale : léger nuage d'albumine. Respiration facile. Seins flasques, sécrétion lactée insignifiante. Sueurs abondantes, avec sudamina. Langue sèche, recouverte d'un épais enduit jaunâtre. Mauvaise haleine. L'état général est d'ailleurs satisfaisant : la malade est calme, un peu pâle.

Traitement : 2 injections intra-utérines à l'eau phéniquée.

3 injections vaginales. Todd. Bromhydrate de quinine, 1 gr. Huile de ricin, 30 gr. Lait et bouillon.

Le liquide des injections, sortant d'abord louche et sanguinolent, ne tarde pas à s'éclaircir. Il ne ramène qu'un peu de desquamation épithéliale.

Le soir, la température ne dépasse pas 39°,2. Elle tombe même à 37°,6, le lendemain matin. Même traitement. La purgation a amené plusieurs selles liquides. Le facies reste bon. Cependant deux frissons éclatent successivement dans la journée, et la température remonte à 40° le soir.

9 juin. Apparition de deux placards d'herpès vers l'angle interne de l'œil gauche. Le météorisme diminue graduellement. Mais un nouveau frisson survient le lendemain (10 juin). La température, qui était tombée progressivement le 9, présente ensuite de grandes oscillations, de 37°,6, le matin, à 39°,6 et 39°,8, le soir. Elle s'élève même à 40°,1, le matin du 12. Cependant le pouls est à 108, et l'état général reste très satisfaisant.

Pendant ce temps, le même traitement a été continué.

A partir du 12 au soir, la courbe thermique s'abaisse, oscillant entre 36°,6 et 37°,8 le matin, 38° et 38°,6 le soir. Sauf une légère réascension (39°) le soir du 18, elle se maintient dans ces limites pour revenir complètement et définitivement à la normale, au bout de quelques jours. Elle reste même au-dessous de 37°, à partir du 20.

L'utérus a repris progressivement sa consistance normale, tout en ne se rétractant que très lentement. A plusieurs reprises, au cours des injections, les yeux de la sonde se sont trouvés bouchés par de petites masses rougeâtres, ne s'écrasant qu'imparfaitement sous le doigt, et paraissant bien être des fragments de placenta. Les injections ont été cessées le 20.

Les jours suivants, à part une constipation opiniâtre et des sueurs profuses, la guérison se confirme. La malade quitte l'hôpital le 9 juillet.

Obs. IV. — E..., Rosa, 30 ans, ouvrière en confections. III pare. Céphalées et épistaxis fréquentes pendant la grossesse.

Elle arrive à la Maternité le 22 mai dans la matinée. Grossesse à terme. Dilatation complète. Rupture spontanée des membranes presque aussitôt. Accouchement normal une heure après. Enfant

vivant, pesant 3800 grammes. Délivrance naturelle au bout de 10 minutes. Température normale (37°,2). 80 pulsations.

Les jours suivants, à part une légère accélération du pouls (96 pulsations) le lendemain matin, rien de particulier du côté du pouls et de la température. Mais, le 26, le thermomètre monte dans la matinée à 38°,6, et il se produit brusquement une éruption scarlatiniforme qui, débutant au niveau de l'abdomen, s'étend en quelques heures à presque tout le tronc. Pas d'angine.

Le soir, la température s'élève à 39°,6. Pouls à 104. En même temps, le sein droit devient volumineux, dur et douloureux. On cesse l'allaitement. A 5 heures du soir éclate un grand frisson. Compression ouatée du sein. Deux injections intra-utérines.

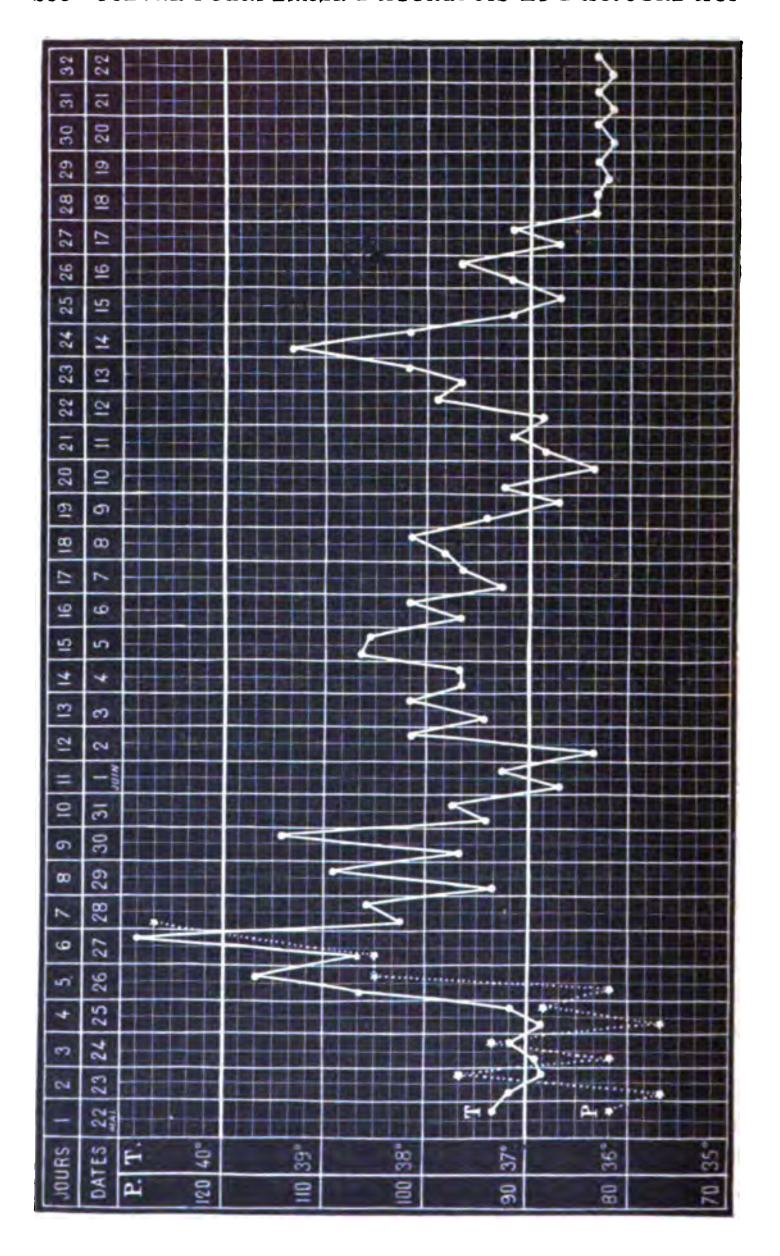
Le lendemain survient, dans l'après-midi, un nouveau frisson, et la température vespérale atteint 40°,8, avec 124 pulsations. Vomissements bilieux. La malade est passée dans le service de médecine.

Visage bouffi, jaunâtre. Un peu de subictère des sclérotiques. Vive céphalée sus-orbitaire. Langue saburrale. Respiration calme. Pouls assez fort, régulier. Le cœur paraît présenter une certaine tendance au rythme fœtal. Constipation rebelle.

Eruption scarlatiniforme localisée au tronc et à la face interne des cuisses, sur leur moitié supérieure. Relativement discrète (piqueté rouge clair) sur le thorax et les parties latérales de l'abdomen, elle est confluente (placards rouge sombre) au niveau de l'hypogastre, des fesses et des cuisses. Le thorax et les hypochondres sont, en outre, le siège d'une éruption de miliaire.

Abdomen un peu météorisé. Le foie, douloureux à la pression, est volumineux, ainsi que la rate. Utérus mobile, remarquablement indolent. Le fond est à peu près à mi-chemin entre la symphyse et l'ombilic. Pas de fétidité des lochies. Déchirure incomplète du périnée. Col de l'utérus gros, très mou, béant. Museau de tanche exulcéré. Urines louches, sans précipité albumineux.

Traitement: Lait coupé d'eau de Vichy. Glace. 1 gr. bromhydrate de quinine. Todd avec 6 gr. d'acétate d'ammoniaque. Un lavement. 2 injections intra-utérines, qui ramènent des fragments de membranes. Après la première, dans la matinée du 28, éclate un 3e frisson, suivi de vomissements bilieux. Cependant la température est tombée à 38°,1. Elle ne dépasse pas 39°,5 le soir, et s'abaisse à 37°,2 le lendemain matin (29 mai). Mais elle remonte


JOURS
DATES
P. T.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32
22 MAI 23 24 25 26 27 28 29 30 31 1 JUIN 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22
120 40°
110 39°
100 38°
90 37°
80 36°
70 35°
T
P

progressivement le soir et le lendemain jusqu'à 39°,3, malgré les injections intra-utérines, et l'on discute l'opportunité d'un curettage, lorsque, le 31, le thermomètre revient à la normale (37°,3 le matin, 37°,7 le soir), pour descendre encore les jours suivants, jusqu'à 36°,2. A ce moment, l'éruption, après avoir pâli progressivement, a entièrement disparu, sans trace de desquamation. L'utérus est à peu près complètement rétracté.

Le 2 mai, le sein droit redevient dur et douloureux : il s'y fait une nouvelle poussée de lymphangite. Malgré les pansements antiseptiques, il se forme un abcès, qui est incisé le 14. Cicatrisation rapide, et guérison complète de la malade à sa sortie, le 7 juillet.

Obs. V. — D..., 18 ans, primipare. Etait depuis près de deux mois à la Maternité, salle Désormeaux, sans rien présenter d'anormal, lorsqu'elle accouche, à terme, le 8 juin dans la matinée.

Enfant vivant. Délivrance naturelle au bout de 25 minutes. Pouls à 80 après l'accouchement, à 76 le soir. Température : 37° et 36°,8.

Dès le lendemain commence une remarquable dissociation entre la marche du pouls et celle de la température. Le pouls s'élève brusquement à 100 dans la matinée, 108 dans la soirée, et atteint le 10 au soir 124. Les jours suivants (du 11 au 16), il oscille entre 100 et 128. Pendant ce temps, la température se maintient aux environs de la normale (36°,6 à 37°,6), sauf une ascension passagère à 38°,2 le 11 au soir. Durant toute cette période, on fait chaque jour deux injections intra-utérines au sublimé. Constipation opiniâtre.

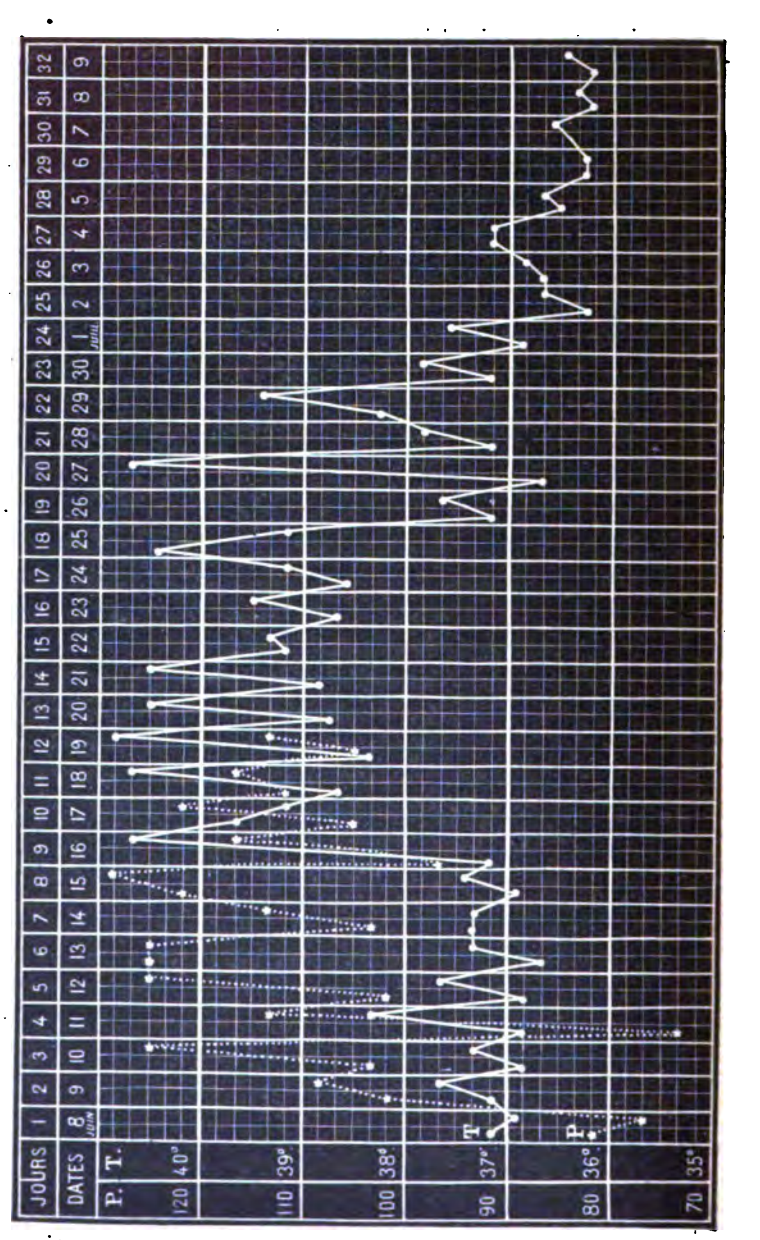
A partir du 16, deux nouveaux symptômes apparaissent : la fièvre, et une éruption.

La température, qui ne dépassait pas 37° le 16 au matin, s'élève brusquement à 40°,6 le soir, le pouls restant entre 96 et 116.

En même temps se déclare une éruption scarlatiniforme, presque généralisée d'emblée, un peu prurigineuse. On donne 0,50 de sulfate de quinine, et l'on remplace pour les injections intra utérines le sublimé par le permanganate.

Les jours suivants sont marqués par la persistance de la fièvre, avec de grandes oscillations (38°,2 à 39°,6 le matin; 40°,6 à 40°,8 le soir). Le pouls bat de 104 à 120 pulsations. Le 19 au soir, on fait passer la malade dans le service de médecine.

A son entrée, elle présente un facies un peu bouffi, terreux; les


JOURS
DATES
P. T.
120 40°
110 39°
100 38°
90 37°
80 36°
70 35°
T
P

yeux sont battus, la physionomie fatiguée, somnolente. Respiration normale. Rien aux poumons ni au cœur. Pouls bien frappé, à 112.

L'éruption, qui est à son déclin, se présente sous l'aspect d'un érythème grossièrement scarlatiniforme, localisé au tronc et à la face interne de la racine des cuisses, avec prédominance sur ce dernier point et sur l'hypogastre.

Début de stomatite mercurielle. Forte diarrhée. Les urines contiennent une notable quantité d'albumine.

Météorisme assez marqué, rendant difficile l'appréciation du volume de l'utérus par le palper. D'après les renseignements fournis par la sonde au moment des injections, la cavité utérine mesure 17 centimètres de profondeur. Peu sensible au palper, l'utérus l'est un peu plus quand on lui imprime quelques mouvements par le toucher, mais la douleur ainsi provoquée reste très modérée. Le col, assez ferme, est facilement perméable. Périnée intact.

La rate est très notablement tuméfiée.

Traitement : 2 injections intra-utérines à l'eau phéniquée. La première ramène quelques débris de membranes. Todd avec 6 gr. d'acétate d'ammoniaque. 1 gr. bromhydrate de quinine. Gargarisme au chlorate de potasse. Régime lacté absolu.

Les jours suivants, les grandes oscillations thermiques continuent (38°,7 à 40°,5) ; puis, pendant 3 jours (du 22 au 25), la température se maintient aux environs de 39°. Enfin, après une ascension brusque à 40°,3 avec 124 pulsations, le 26 au matin, survient la défervescence, qui ramène la température à 37°. Durant ce temps, l'exanthème a pris un ton bronzé, puis a pâli de plus en plus, pour s'effacer complètement vers le 26, sans aucune desquamation. La diarrhée, après avoir persisté, très forte, pendant plusieurs jours, a fini par disparaître. La stomatite s'est dissipée rapidement, l'appétit est revenu. Le météorisme a beaucoup diminué. L'utérus s'est rétracté lentement. Les urines ne contiennent plus d'albumine. Enfin le thorax et l'abdomen se sont couverts de nombreux sudamina.

Les injections intra-utérines sont supprimées à partir du 27. Ce même jour, une imprudence alimentaire de la malade amène une température vespérale de 40°,6, d'ailleurs immédiatement suivie d'une chute à 37°, le lendemain matin. Cependant, le surlendemain, la température s'élève à 39°,3, pour tomber ensuite rapidement et définitivement. La malade sort complètement guérie le 18 juillet.

Tels sont les cas. Nous devons d'abord justifier le diagnostic de fièvre puerpérale porté sur eux; nous chercherons ensuite à quelle forme il convient de les rattacher.

Prenons d'abord les trois premiers, à peu près calqués l'un sur l'autre. Il s'agit, en somme, d'affections aiguës débutant dans le premier septénaire qui suit l'accouchement, avec température très élevée pendant plusieurs jours, grande fréquence du pouls, frissons répétés. On trouve en même temps, à l'examen local, un peu de météorisme, l'utérus mal rétracté, et de la tuméfaction du foie et de la rate. A quoi peut-on songer. A une fièvre typhoïde ? La brusquerie relative du début, la rapidité de l'ascension thermique, la marche acyclique de la fièvre, l'absence constante de taches rosées, excluent ce diagnostic. Il peut encore moins s'agir de tuberculose miliaire aiguë, puisque tous les cas ont guéri. L'absence de tout signe stéthoscopique de quelque importance ne permet pas de penser à une affection pulmonaire ni pleurale. Le diagnostic qui s'impose est celui d'infection puerpérale (1).

Passons aux deux derniers cas. On sait que les éruptions, la plupart du temps scarlatiniformes, qui surviennent au cours de la puerpéralité, relèvent d'une de ces trois causes : une fièvre éruptive, une intoxication médicamenteuse, l'infection.

Le diagnostic de scarlatine ne saurait se défendre ici. Il se trouve formellement exclu par l'ensemble des particulari-

---

(1) Nous n'avons pas parlé du diagnostic différentiel avec la grippe, parce qu'on n'a guère à le faire qu'en temps d'épidémie.

La question est d'ailleurs des plus difficiles à trancher, au moins dans l'état actuel de nos connaissances. On sait combien sont variées, au point de vue clinique, les manifestations de la grippe, comme celles de l'infection puerpérale. Or l'examen bactériologique ne peut être d'aucun secours. En effet, quel est le microbe le plus fréquemment observé dans la fièvre puerpérale ? Le streptocoque. Quel est celui qu'on a retrouvé le plus souvent dans la dernière épidémie de grippe ? Ce même streptocoque.

L'un de nous (M. Labadie-Lagrave) se réserve d'ailleurs de traiter cette question des rapports de la grippe et de la puerpéralité dans un travail qui paraîtra prochainement.

tés suivantes : l'absence d'angine, la marche irrégulière de la température avec de grandes oscillations, l'apparition de l'éruption d'emblée sur tous les points qu'elle doit occuper, et sa limitation à une partie du corps (absence complète sur la face et presque complète sur les membres, avec prédominance dans la zone génitale, fait déjà signalé par M. Hervieux) (1) ; enfin, le manque total de desquamation.

S'agit-il d'intoxications médicamenteuses? Dans l'espèce, un seul médicament peut être incriminé : le sublimé. On pourrait donc songer à une hydrargyrie.

Ce diagnostic ne nous paraît pas acceptable pour le premier cas (obs. IV). La malade n'avait reçu que les soins donnés à toute femme qui vient accoucher à la Maternité : plusieurs injections vaginales au sublimé, et une injection intra-utérine immédiatement après la délivrance. Il faudrait admettre, de sa part, une susceptibilité toute particulière à l'égard du mercure, ce qui est d'ailleurs possible. Mais l'éruption n'a débuté que quatre jours après l'accouchement; elle est restée localisée autour du bassin et des organes génitaux; aucune desquamation ne l'a suivie. Sans doute, chacune de ces particularités, envisagée séparément, ne suffit pas à exclure l'hydrargyrie. On sait que l'éruption peut se montrer plusieurs jours après la cessation du traitement mercuriel, qu'elle peut rester localisée aux environs du point d'application de l'agent médicamenteux, qu'elle peut enfin n'être suivie d'aucune desquamation. Mais chacun de ces faits est d'observation rare, dans l'hydrargyrie : leur réunion, dans le cas actuel, ne plaide guère en faveur de ce diagnostic. Si l'on considère, en outre, que l'éruption ne s'est accompagnée d'aucun prurit, d'aucune autre manifestation de l'intoxication mercurielle, et qu'en tout cas l'hydrargyrie serait insuffisante pour expliquer les frissons multiples, le météorisme, le défaut d'involution utérine, la tuméfaction hépatique et splénique, on n'hésitera plus à voir avec nous, dans cette observation,

---

(1) *Loc. cit.*, p. 1080.

un cas d'infection puerpérale avec éruption scarlatiniforme.

Nous ne serons pas aussi exclusifs pour le second cas (obs. V), bien que l'éruption se soit présentée exactement avec les mêmes caractères que dans le premier. Ici, en effet, des injections intra-utérines au sublimé ayant été faites pendant trois jours avant qu'apparût l'éruption, et celle-ci s'étant accompagnée d'autres symptômes d'intoxication mercurielle (gingivite, diarrhée, forte albuminurie), l'hydrargyrie ne nous paraît pas douteuse. Mais n'y a-t-il eu que cela ? Certainement non. Les injections intra-utérines n'ont été données qu'en raison de la fréquence anormale du pouls dans les jours qui ont suivi l'accouchement : elles ne sauraient donc rendre compte de cette fréquence persistante, qui ne peut guère être attribuée qu'à l'infection. Tous les auteurs ne disent-ils pas que l'examen du pouls a encore plus d'importance que celui de la température, pendant la période des suites de couches ? Cette observation est même un remarquable exemple de la valeur qu'il convient de lui attribuer, puisque ici la fréquence inusitée du pouls a pu annoncer l'infection six jours avant toute élévation thermique. Ajoutons que le frisson, le météorisme persistant malgré la diarrhée, l'involution imparfaite de l'utérus (1), plaident encore en faveur de l'infection.

Ce cas et le précédent sont donc, aussi bien que les trois premiers, des cas de fièvre puerpérale.

Ce diagnostic admis, nous devons maintenant chercher à quelle forme il faut rapporter nos cinq observations.

Peut-on dire qu'il s'agit de métrites ? Nous avons eu l'occasion de rappeler plus haut que ce qui constitue la différence essentielle entre les formes généralisées et les formes localisées de l'infection puerpérale, c'est l'effacement ou même l'absence complète des symptômes abdominaux dans les premières, leur prédominance dans les secondes. Ici, nous

(1) D'après L. GANZINOTTY (th. Nancy 1882), la fièvre, si elle n'est pas due à l'infection, n'arrête pas l'involution utérine.

observons une absence à peu près totale de sensibilité abdominale, et plus spécialement utérine; pas de fétidité des lochies (quoique ce symptôme, depuis l'emploi régulier des injections vaginales antiseptiques, ait perdu beaucoup de sa valeur). Quant au météorisme, d'ailleurs assez léger, et au défaut de rétraction de l'utérus, ce sont des phénomènes que l'on retrouve plus ou moins accentués dans toutes les formes de l'infection puerpérale. « Tout utérus septique est ramolli et notablement augmenté de volume » (Fritsch) (1).

En revanche, une température se maintenant plusieurs soirs de suite aux environs de 40° et même de 41° avec de grandes oscillations, 120 à 140 pulsations, des frissons violents et répétés, de l'albuminurie, de la tuméfaction du foie et de la rate, ne sont guère de mise dans la métrite, et caractérisent au contraire les formes généralisées.

Au surplus, pour bien montrer toute la différence qu'il y a entre nos 5 observations et celles de métrite puerpérale, nous ne pouvons mieux faire que de relater ici le cas de métrite qui figure sur notre statistique.

Obs. VI. — *Métrite puerpérale.* — L..., 24 ans, primipare, entre à la Maternité, dans le service de médecine, le 14 février, à dix heures du soir.

Accouchement à terme, chez elle, le 12 février. Enfant vivant, pesant 3150 gr. Au moment où la sage-femme commençait à tirer sur le cordon, un brusque mouvement de l'accouchée aurait amené le décollement et l'expulsion immédiate du placenta, les membranes restant dans l'utérus.

Le lendemain, ni douleurs abdominales, ni fièvre. Mais, le surlendemain, l'abdomen commence à devenir un peu douloureux, et la température s'élève. Un médecin, appelé dans la soirée, trouve 40° et 110 pulsations. Il envoie immédiatement la malade à la Maternité.

Le lendemain matin (10 février), 39°. Pouls à 90, fort, régulier.

---

(1) *Pathologie et traitement des affections puerpérales.* Trad. fr. par Lauwers et Hertoghe, 1885, p. 53. Cf. Dittrich. *Zeitschrift für Heilkunde*, vol. X, n° 1, p. 15.

Facies calme. Vive céphalalgie. Peau moite. Langue saburrale. Douleurs lombaires. Ventre souple, sensible dans sa partie sous-ombilicale. L'utérus, mou, remonte jusqu'à l'ombilic. Lochies peu abondantes, brunâtres, fétides. Eschares vulvaires (fourchette et petites lèvres) grisâtres, rendant le toucher douloureux. Utérus mobile. Culs-de-sac libres.

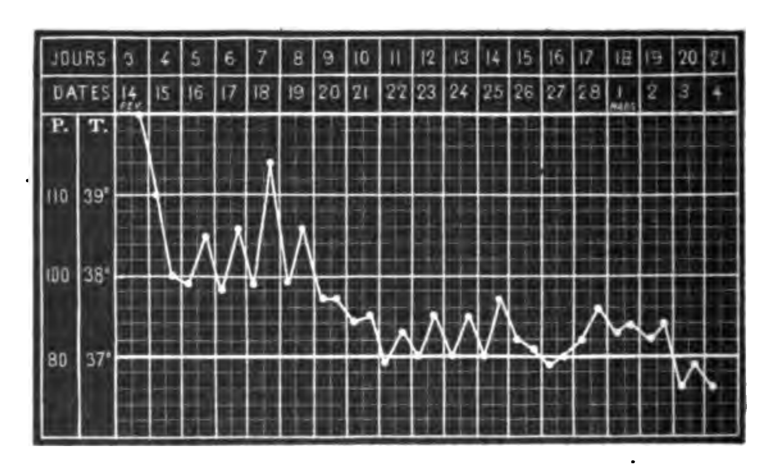
Seins gonflés : la sécrétion lactée est en pleine voie d'établissement. Rien au cœur ni aux poumons. Pas d'albumine dans les urines.

Traitement : 2 injections intra-utérines (au sublimé à 1 p. 4000). Elles ramènent des fragments de membranes. 4 injections vaginales. Todd. Bromhydrate de quinine : 1 gr. en 2 paquets. Bouillon et lait. Compression ouatée des seins. Iodoforme sur les eschares vulvaires. Le soir, 38°.

16 février. Le matin, 37°,9. Etat général très satisfaisant. La langue se nettoie, la céphalée s'apaise. Mêmes symptômes du côté de l'abdomen. Les lochies ne sont presque plus fétides. Même traitement. Le soir, 38°.

Le 17. 37°,8, le matin. Même état général et local. Le soir, 38°,6.





Le 18. 37°,9, le matin. Le fond de l'utérus est descendu à 2 travers de doigt au-dessous de l'ombilic. L'utérus est plus ferme, moins sensible. Les eschares vulvaires se détergent.

On continue toujours le même traitement, mais la diarrhée et un début de gingivite obligent à substituer au sublimé l'acide phé-

nique à 2 0/0 pour les injections intra-utérines. Le soir, après la seconde injection, la malade perd un peu de sang et se plaint d'une douleur assez vive dans l'hypogastre. Après une injection vaginale très chaude, le suintement sanguin s'arrête. La température, prise une demi-heure après l'injection, s'élève à 39°,4.

Le 19. 38°, le matin. Depuis la veille au soir, la malade n'a pu uriner, et le palper montre la vessie distendue par l'urine. Cathétérisme. Les culs-de-sac sont toujours souples, l'utérus mobile. Le soir, 38°,5.

Le 20. 37°,7, soir comme matin. La rétention d'urine persiste. Le fond de l'utérus est descendu à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Le 21. La rétention d'urine continue. 37°,4 le matin, 37°,5 le soir. On ne fait plus qu'une injection intra-utérine.

Le 22. 36°,9 le matin. L'utérus, dur, continue à se rétracter régulièrement. On cesse les injections intra-utérines. 37°,3 le soir.

Les jours suivants, la température se maintient entre 37° et 37°,5. Les eschares vulvaires sont en pleine voie de cicatrisation. Mais ce n'est qu'à partir du 25 que la malade peut uriner spontanément. Dès le 24, l'enfant a été remis au sein de sa mère, et la sécrétion lactée s'est rétablie très rapidement.

C'est un cas type de métrite, avec douleurs abdominales et lombaires, sensibilité de l'utérus à la pression, fétidité des lochies ; par contre, la température, sauf une ascension initiale passagère à 40°, s'est maintenue entre 38° le matin, 39° et 39°,5 le soir, et le pouls n'a pas dépassé 110 (1). Il suffit de comparer cette observation aux précédentes pour apprécier toute la distance qui les sépare.

Les trois premières, surtout, sont profondément différentes de celle-ci. Mais les deux autres, avec éruption scarlatiniforme, ne nous paraissent pas davantage être des cas de métrite. Si, dans l'obs. IV, l'ensemble de la courbe thermique a été moins élevé que dans les précédentes, le thermo-

(1) Pour l'importance de l'étude de la température au point de vue du diagnostic différentiel des formes de l'infection, consulter l'article de A. Leith Napier. *Edinb. med. Journ.*, p. 312, oct. 1881. Anal. in *Revue des Sc. méd.*, 1882, t. XIX, n° 2.

mètre n'en a pas moins atteint un soir 40°,8 avec 124 pulsations. Puis, les grandes oscillations de la température, la multiplicité et l'intensité des frissons, en l'absence de toute réaction locale appréciable, ne s'expliquent pas mieux par une métrite que par la lymphangite du sein. Rappelons enfin que les éruptions scarlatiniformes d'origine puerpérale sont considérées comme l'apanage des formes généralisées de l'infection. Ce n'est d'ailleurs qu'un cas particulier d'une loi pathologique : les maladies infectieuses qui donnent lieu à des manifestations éruptives sont celles qui ont envahi toute l'économie.

Le nom de métrite n'est pas plus applicable à notre 5e cas. Sans doute, en admettant ce diagnostic, on pourrait, jusqu'à un certain point, attribuer l'élévation inusitée et persistante de la température à la complication d'hydrargyrie. Mais il faudrait donner la raison de l'absence totale de phénomènes locaux ; et puis il resterait encore et toujours à expliquer pourquoi, à un moment où l'intoxication mercurielle ne pouvait être en cause, le pouls, pendant 4 soirs, a atteint 124 et 128. Une simple métrite ne peut amener une fréquence du pouls aussi grande et aussi persistante.

Il ne s'agit donc pas de métrites ; pas davantage de salpingites ou de pelvi-péritonites, puisque les culs-de-sac sont restés constamment souples et indolents, et l'utérus mobile. Quant au diagnostic de péritonite, il n'y a même pas lieu de le discuter.

Nous avons donc eu affaire à une forme généralisée. En l'absence de tout foyer de suppuration, on ne peut y voir de la pyohémie. Le seul nom qui lui convienne, c'est celui de *septicémie*, le mot étant pris dans son sens restreint d'infection générale sans localisation appréciable.

Ici, il est vrai, se présente une grosse objection. Qu'on ouvre, au chapitre Septicémie, tous les traités de pathologie puerpérale : on y lira que c'est la forme la plus grave de l'infection, évoluant en quelques jours, et se terminant invariablement par la mort. Nos 5 malades, après 8 à 10 jours de

fièvre en moyenne, ont guéri. Comment voir là de la septicémie ?

L'objection est juste, si l'on considère la septicémie d'autrefois, et même de naguère encore. Mais cette septicémie-là — et c'est le point que nous tenons à bien mettre en lumière — n'est plus celle d'aujourd'hui. Les choses ont bien changé. Ce qu'on observe actuellement, c'est une septicémie atténuée, curable, et les 5 observations que nous avons rapportées nous paraissent des exemples typiques de cette forme. « Il y a, » dit Fritsch (1), « trois éléments cliniques d'une importance extrême, qui donnent, dans la plupart des cas, une idée juste de la maladie. Ce sont : le moment où l'affection se déclare, l'état général de l'accouchée, le pouls et la température. » Dans nos observations, la température et le pouls disent : septicémie ; mais l'état général, et même, dans deux d'entre elles, le développement un peu tardif de l'affection, ajoutent un correctif : ce sont des *septicémies atténuées.*

En particulier, le facies et l'état moral sont d'excellents signes, au point de vue du pronostic. Ce qu'on observe actuellement, ce ne sont plus ces malades à l'aspect cadavérique, aux yeux caves, au regard fixe, hagard, à la physionomie empreinte d'une inexprimable angoisse ; ce ne sont plus ces malades agitées, qui crient sans cesse qu'elles vont mourir et supplient le médecin de les sauver, ni celles qui tombent dès le début dans un état de prostration dont elles ne sortent que pour délirer. Ce sont simplement des malades abattues, au facies pâle, blafard, mais sans cette expression particulière qui caractérise presque les formes les plus graves. Calmes, conservant leurs idées nettes, elles supportent aisément l'interrogatoire, et n'ont pas conscience de la gravité de leur situation. Cet état général si différent dans les deux cas a certainement une grande valeur pronostique.

Il s'agit donc de septicémies atténuées. Mais on peut tou-

(1) *Loc. cit*, p. 149.

jours contester un diagnostic qui n'a pas pour lui le contrôle de l'autopsie. Nous avons eu la triste fortune d'observer un cas de cette forme où la malade, moins heureuse que les autres, a succombé, et où l'autopsie a été faite. Voici ce cas, dont nous devons en partie la relation à l'obligeance de M. Ehrhardt, alors interne du service :

Obs. VII. — *Septicémie puerpérale.* — L..., Marie-Louise, 17 ans, primipare. Arrive dans le service d'accouchements de la Maternité le 17 janvier vers midi, accouchée et délivrée depuis 4 heures du matin. Fille vivante, du poids de 2150 gr.

Bon état général. Temp. : 36°,4; 80 pulsations. Fond de l'utérus à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Lochies sanguines.

Forte déchirure du périnée. Erosions vulvaires et vaginales multiples. Col déchiré.

Le soir, la température reste à 36°,8, mais le pouls monte à 104.

Le lendemain, l'état général continue à être très satisfaisant. La température se maintient à 37°,2. Le soir, nouvelle ascension du pouls à 112.

Le 19, les érosions vulvo-vaginales et la déchirure du périnée se recouvrent de pseudo-membranes grisâtres. Les lochies deviennent un peu fétides, et un frisson éclate dans l'après-midi.

La température atteint 38° le matin, 39° le soir, avec 112 pulsations.

Le fond de l'utérus n'est descendu que d'un centimètre environ depuis l'avant-veille. Mais l'abdomen n'est pas douloureux. Sac de glace. Plusieurs injections intra-utérines. Crayons d'iodoforme.

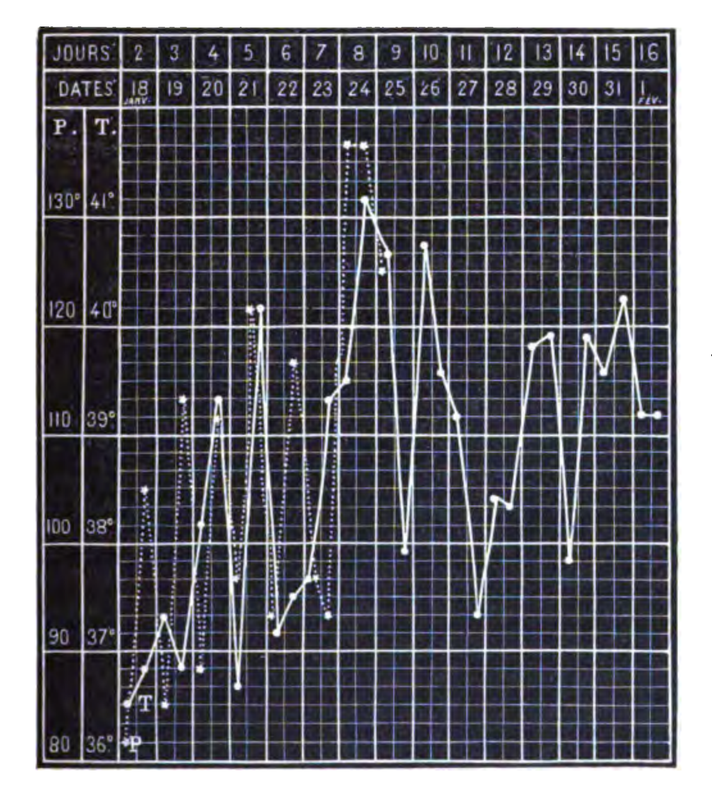
Chacun des jours suivants est marqué par un frisson. La température décrit de grandes oscillations, entre 37° à 37°,6 le matin, et 39°,4 à 40° le soir. Le pouls suit une marche exactement parallèle (92 à 96 pulsations le matin, 112 à 116 le soir). L'état général s'aggrave. L'état local ne se modifie pas. Même traitement.

Le 24, le thermomètre monte à 39°,6 le matin, 41° le soir. Pouls à 136.

Le 25 au matin, la température ne descend pas au-dessous de 40°,6. On fait passer la malade dans le service de médecine.

L'état général est, à ce moment, devenu très grave. Somnolence, apathie. Facies bouffi, jaune terne. Anorexie absolue, soif très vive, langue sèche. Utérus flasque, à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Douleurs dans l'hypochondre droit. Diarrhée. Urines albumineuses. Les érosions vulvaires et la déchirure du périnée sont tapissées d'un revêtement gris jaunâtre d'aspect diphthéroïde. Rien aux poumons ni au cœur.

Injections intra-utérines au sublimé, puis à l'eau oxygénée. Drainage à la gaze iodoformée et créosotée. Todd. Naphtol et salicylate de bismuth : ââ 1 gr. Sulfate de quinine 1 gr. Thé au rhum. Lait.



Le soir, la température tombe à 37°,8, mais pour remonter le lendemain matin à 40°,7. On fait un curettage, qui ramène un gros

cotylédon placentaire, et des débris pseudo-membraneux en abondance.

A la suite de cette intervention, la température tombe progressivement jusqu'à 37°,2 le 27 au soir. Mais, malgré les injections' elle ne tarde pas à remonter jusqu'aux environs de 40°. Paralysie des sphincters. Eschare sacrée.

Sauf une chute matutinale passagère à 37°,8, la température se maintient très élevée jusqu'au moment de la mort, qui arrive dans la nuit du 1er au 2 février.

Autopsie le 3 février. Rien dans le péritoine. Utérus volumineux, flasque. Sa cavité est tapissée d'un putrilage noirâtre. Pas de rétention de fragments placentaires. Pas de pus dans les sinus ni dans les lymphatiques. Trompes normales. Les poumons présentent un peu de congestion hypostatique. Cœur flasque, décoloré. Foie gros, graisseux à la coupe. Rate tuméfiée, diffluente. Reins congestionnés.

L'examen bactériologique n'a pas été pratiqué.

Ici, le diagnostic de septicémie n'est pas discutable. La malade a succombé, et l'on n'a trouvé à l'autopsie aucune lésion suffisant à expliquer la mort.

Mais qu'on analyse cette observation d'un peu plus près : un caractère important la sépare des cas classiques. La maladie a duré quinze jours ! (1) C'est, si l'on veut, une forme prolongée de septicémie, autrement dit un premier degré d'atténuation. Nous considérons ce cas comme formant le trait d'union entre ceux de septicémie suraiguë et les 5 cas de septicémie atténuée que nous avons rapportés. A ce titre, cette observation mérite de ne pas passer inaperçue.

Nos deux cas d'infection avec éruption scarlatiniforme montrent bien, eux aussi, cette atténuation de la septicémie. Les cas de ce genre étaient, il y a peu de temps encore, rangés par les auteurs dans les formes les plus graves. « Les

(1) M. WIDAL, dans sa thèse sur l'*Infection puerpérale, la phlegmatia et l'érysipèle* (Paris, 1889), rapporte un cas analogue (obs. XI, p. 145). Un autre dont la durée atteignit un mois, a été publié par M. Chantemesse (*Progr. méd.*, 29 mars 1890 et *Arch. de tocol.*, septembre 1890, p. 631).

affections cutanées, comme manifestations partielles de l'infection puerpérale, » dit Kleinwächter (1), « ne s'observent que dans les formes septiques les plus graves.... Elles sont du pronostic le plus défavorable. La mort survient dans le minimum de temps. » Nos deux malades ont guéri, et M. Durand (de Bellême) (2) signalait récemment des cas analogues, à terminaison presque constamment favorable. Il les rattache à une infection puerpérale légère. On peut, croyons-nous, et l'on doit être plus précis : il s'agit, en pareil cas, de septicémies atténuées (3).

Nous avons cherché si cette forme était signalée dans les travaux récents : nous n'avons rien trouvé (4). Seul, M. Charpentier (5) décrit, à côté de la septicémie suraiguë, une septicémie franche. Mais cette forme ne présente rien de fixe. Tantôt elle débute par des accidents franchement inflammatoires (métrite, péritonite, etc.) ; tantôt, au contraire, les phé-

---

(1) *Real-Encyclopädie der Gesammten Heilkunde.* Zweite Auflage. XVI Band, 1888, art. Puerperium, p. 201 et 204.

(2) Anal. in *Journal de médecine et de chir. pratiques*, 10 juillet 1891, p. 504.

(3) On pourrait comparer dans une certaine mesure, *au point de vue purement clinique*, ce qui se passe dans l'infection puerpérale à ce qu'on observe pour la tuberculose. Toutes deux donnent lieu à :

1° Des formes communes, se traduisant à la fois par des phénomènes locaux et des phénomènes généraux.

2° Des formes plus rares, où les symptômes généraux existent seuls, l'infection de l'économie dominant le processus. Ces formes sont ordinairement mortelles. Cependant il peut arriver, dans certains cas, que l'action du germe morbide s'épuise et que l'organisme sorte vainqueur de la lutte (septicémie puerpérale atténuée — fièvre bacillaire prétuberculeuse à forme typhoïde de LANDOUZY.)

(4) Dans les *Charité-Annalen*, Berlin, 1890, se trouvent rapportées, au chachapitre des maladies puerpérales, quatre observations (femmes Lier, Roschin, Weber, Ladewig), qui paraissent assez analogues aux nôtres (fièvre élevée, rémittente ou intermittente, durant dix jours à plusieurs semaines — frissons, albuminurie et vomissements bilieux, dans un cas — absence complète de phénomènes locaux — guérison). Malheureusement nous n'avons pu prendre connaissance de l'original, et le court résumé que nous avons sous les yeux ne nous permet pas de juger si ces cas sont réellement semblables aux nôtres.

(5) *Traité d'accouchements*, 1889, t. II.

nomènes généraux sont au premier plan. Ce qui la caractérise, c'est la variété et la multiplicité des manifestations locales ; tantôt le ventre paraît le plus touché, tantôt c'est le poumon, le cœur, le cerveau, l'affection passant brusquement d'un organe à un autre. Ce qui domine, c'est la persistance de l'état fébrile. La mort est presque fatale.

Est-il besoin de montrer quelles profondes différences séparent de pareils cas des nôtres ?

Mais il ne suffit pas de constater un fait : il faut en chercher la raison, et nous devons nous demander maintenant à quelle cause on peut rattacher cette atténuation d'une forme toujours fatale autrefois.

Faut-il invoquer, comme le fait Siredey (1) pour la phlébite infectieuse à forme atténuée (nous parlerons tout à l'heure de ces cas), une résistance plus grande des malades et une intensité moindre du poison? Ces deux explications sont rationnelles, mais la seconde en demande à son tour une autre. Cette diminution de l'intensité du poison tient à une cause : la pratique de l'antisepsie.

Actuellement, où celle-ci est universellement répandue, on ne dirige plus un accouchement sans le faire précéder et suivre d'injections vaginales désinfectantes. On va même plus loin : lorsque les chances d'infection se trouvent multipliées, comme c'est le cas à la Maternité, où la nécessité de l'instruction des élèves soumet chaque femme enceinte à des examens répétés, on donne après tout accouchement une injection intra-utérine. Ces mesures, qui, dans la grande majorité des cas, suffisent à la prophylaxie de l'infection, se trouvent cependant, dans quelques-uns d'entre eux, impuissantes à la prévenir : mais du moins elles la modifient.

Soit qu'elles tuent un certain nombre de micro-organismes, diminuant ainsi la masse des agents pathogènes, soit qu'elles atténuent leur virulence, elles ont pour résultat de produire des formes mitigées, des formes accessibles à la thérapeu-

(1) *Maladies puerpérales*, 1884, p. 338.

tique. Sur nos 6 cas de septicémie, un seul s'est terminé par la mort. Encore cette malade a-t-elle eu, du fait d'une antisepsie relative, un premier dégré d'atténuation de sa septicémie : pas assez, cependant, pour permettre de la sauver.

A un point de vue plus général, ce qui montre bien l'influence de l'antisepsie sur l'atténuation de l'infection, c'est ce qui s'est passé pour la phlegmatia alba dolens et la péritonite. Nous avons signalé, au début de cette étude, la rareté relative avec laquelle se présentait, il y a une vingtaine d'années, la phlegmatia, forme tardive et atténuée par excellence, tandis que la péritonite, la plus maligne des formes locales, se voyait couramment. M. Hervieux (1) observait, dans son service de la Maternité, pendant les deux années 1868 et 1869, 16 cas de phlegmatia, soit une moyenne de 8 par an. Or, en 1870 (2), c'est-à-dire à peu près à la même époque, et sensiblement dans les mêmes conditions, la statistique de la Maternité accusait 17 décès par péritonite. Contentons-nous de ce chiffre, et admettons que, pour une affection aussi grave, la mortalité soit égale à la morbidité. Voilà donc, dans une année de la période préantiseptique, *8 plegmatias* pour *17 péritonites*.

Qu'observons-nous actuellement, dans le même hôpital? Il suffit de se reporter au tableau que nous avons dressé plus haut. On y trouve *4 phlegmatias* pour *2 péritonites :* la proportion est renversée.

Le fait n'est pas, d'ailleurs, particulier à la phlegmatia. On sait que la gravité des formes de l'infection est, d'une manière générale, en raison directe de la précocité de leur début. Or, depuis quelques années, les cas à incubation prolongée vont se multipliant, et ce fait a d'autant plus de valeur que la plupart de ces cas se rapportent à une des formes généralisées, naguère encore presque constamment mortelle : la pyohémie.

---

(1) *Loc. cit.*, p. 735.

(2) Nous n'avons pu trouver la statistique détaillée des années précédentes.

Déjà, en 1884, Siredey (1) décrivait à la phlébite infectieuse du type typhoïde une forme atténuée, où l'on n'observe, dit-il, ni la dépression profonde de la variété adynamique, ni l'agitation violente de la variété ataxique. Elle débute vers la fin de la première semaine, par des frissons irréguliers, séparés par des intervalles d'apyrexie plus ou moins complète. La fièvre, à type intermittent irrégulier, persiste durant 8 à 10 jours ; puis elle est remplacée par une fièvre continue ou subcontinue de moyenne intensité. Les oscillations quotidiennes se maintiennent entre 38° et 39°, et les exacerbations ne surviennent qu'avec les frissons. Du côté des organes génitaux, on ne relève souvent aucune particularité importante, autre que la fétidité des lochies. A peine trouve-t-on une douleur vague, profonde, à la pression de l'utérus. En général, il n'y a pas de douleur spontanée. En somme, c'est l'état général qui domine la scène. Le cœur ne présente aucune complication spéciale. L'urine est légèrement albumineuse ; quelquefois même elle reste normale.

La terminaison n'est pas constamment fatale. Dans les cas qui aboutissent à la mort, ou bien l'affection s'aggrave soudain, et la malade succombe rapidement dans le coma ; ou bien l'affection conserve jusqu'au bout sa physionomie atténuée, mais la malade est emportée par des localisations viscérales.

Quand elle guérit, la convalescence est lente, et le plus souvent traversée par des complications consistant surtout en abcès du tissu cellulaire.

Siredey décrit encore une forme lente et tardive de la phlébite infectieuse (2). « 8 à 15 jours après l'accouchement, quelquefois plus tard, la femme est prise brusquement d'un frisson violent, intense, suivi des stades ordinaires de chaleur et de sueurs. Après l'accès de fièvre, tout rentre dans l'ordre... Puis le frisson se reproduit à une époque plus ou

(1) *Loc. cit.*, p. 337.
(2) *Loc. cit.*, p. 340.

moins éloignée, 4 ou 5 jours après le premier accès, quelquefois même plus tard, et l'apyrexie continue à être complète dans l'intervalle. Mais, après un temps variable, les frissons se rapprochent, les rémissions font place à un état fébrile subcontinu, dans lequel la température s'élève rarement au-dessus de 38°,5 ou 39°.

Or on voit tout à coup survenir des complications pulmonaires, pleurales, articulaires, des abcès en divers points des membres ou du tronc, et ce n'est souvent qu'à cette époque qu'on peut faire le diagnostic de la phlébite ».

A l'étranger, Müller (1) observe à plusieurs reprises, chez des femmes dont l'accouchement avait été facile et régulier, des élévations de température débutant le 9e jour après les couches, et atteignant 40°. Elles ont habituellement lieu le soir. Le matin, la température redescend, pour remonter de nouveau le lendemain soir, quelquefois même encore le surlendemain. Le pouls est élevé, mais atteint rarement 120. L'état général est assez bon, sauf de la céphalalgie et de l'inappétence. Aucune lésion locale n'explique ces troubles généraux.

Müller ne croit pas pouvoir rattacher ces cas à une infection datant de l'accouchement : il y aurait eu une incubation de 8 jours, ce qui lui paraît impossible. Il ne croit pas davantage à une infection consécutive. Il incrimine les premiers mouvements de l'accouchée, quand elle commence à se lever. Un thrombus pourrait se détacher alors, ou une plaie se rouvrir. Küstner se range à cet avis. Nous sommes beaucoup plus disposés, pour notre part, à adopter l'interprétation de Veit (2), qui, ayant observé des cas semblables, les rattache à une infection dont la période d'incubation a été prolongée.

---

(1) Ueber Spätfieber im Wochenbett. *Arch. f. Gynæk.* Band XIX, Heft 2, et *Berl. klin. Wochen.*, 6 nov. 1882. Anal. in *Revue des sc. médicales*, t. XXIV, 1884.

(2) *Berl. klin. Woch.*, 1er août 1881.

Priestley (1) rapporte 4 observations d'infection purulente à début très tardif (de 15 jours à plusieurs mois après l'accouchement), avec 3 guérisons. Voici le résumé de ces cas :

Obs. I. — Jeune femme de 20 ans. Levée 11 jours après son accouchement, elle reste jusqu'au 19e jour sans quitter sa chaise longue. A ce moment, aucun symptôme morbide, sauf de l'inappétence, des nausées, des vomissements de loin en loin. Le 28e jour, douleurs dans les jambes. Le cou-de-pied gonfle, Bientôt les autres jointures se prennent. Puis viennent des troubles dans les fonctions digestives, des alternatives de diarrhée et de constipation, de la tympanite abdominale. Finalement, mort dans l'épuisement 38 jours après l'accouchement.

Obs. II. — Accouchement le 25 mars. Le 27 juin, douleurs dans les jambes. grande dépression. Bientôt gonflement de la paupière, douleurs orbitaires intolérables, et fonte purulente de l'œil. Convalescence très lente.

Obs. III. — Accouchement au forceps. L'utérus reste volumineux. Au bout d'une semaine, douleurs vagues dans les membres et la poitrine. Elles se dissipent spontanément, mais, vers le 18e jour, au moment où la malade cherche à se lever, elles reviennent de nouveau, accompagnées de frissons répétés. Quelques jours plus tard, vaste phlegmon profond du mollet. Incision. Guérison.

Obs. IV. — Accouchement régulier. Suites normales, sauf une douleur localisée à la hanche, et persistant pendant 4 à 5 jours ; 5 semaines plus tard, la femme se trouve mal, vomit ; 8 jours après, elle se sent froid, et garde le lit deux jours ; 7 semaines après l'accouchement, douleur atroce à la cuisse, et frisson : phlegmon iliaque droit. Puis arthrites rhumatoïdes multiples, épanchement pleurétique séro-fibrineux. Finalement guérison, après ouverture du foyer purulent pelvien.

A mesure que se multiplient ces cas d'infection atténuée, à incubation prolongée, les cas suraigus se font de plus en plus rares. « Les cas de mort en 24 à 36 heures, sans localisation appréciable, ne se voient presque plus par ce temps d'antisepsie » (Fehling) (2).

L'action de l'antisepsie ne s'étend donc pas seulement sur la quantité des infections, mais aussi sur leur qualité, et,

---

(1) On the occasionnal latency and insidiousness of grave symptoms in connecting with the puerperal state. *Brit. med. Journ.*, p. 337. Août 1885 Anal. in *Revue des sc. méd.*, t. XXVIII, p. 81, 1886.

(2) *Loc. cit.*

dans ce sens-là, on pourrait dire qu'on observe couramment aujourd'hui des *fièvres puerpérales antiseptiques.*

Munis des données précédentes, nous pouvons maintenant chercher à établir l'ordre de fréquence dans lequel se présentent les différentes manifestations de l'infection. Mais il nous reste un point à éclaircir.

On a lieu d'être étonné, en jetant les yeux sur notre statistique, de la rareté de la métrite, qui est cependant une des formes les plus simples et les plus bénignes. C'est à peine si elle figure sur notre liste, puisqu'un seul cas en est signalé. Mais cette singularité n'est qu'apparente, et tient à ce que tous les cas d'infection puerpérale légère, ceux dont quelques injections viennent facilement à bout après 3 ou 4 jours d'une fièvre modérée, sont conservés et soignés dans le service d'accouchements. Le seul cas de métrite que nous ayons observé nous est venu du dehors.

En fait, si l'on voulait dresser une statistique exacte, il faudrait placer au premier rang la métrite puerpérale, forme de beaucoup la plus fréquente, avec la paramétrite (nous comprenons sous ce nom la salpingite, la pelvi-cellulite et la pelvi-péritonite). Puis viendrait la phlegmatia, puis les formes générales atténuées, parmi lesquelles la septicémie se présente avec une fréquence particulière. On trouverait ensuite la péritonite, puis l'endocardite ulcéreuse, et enfin le tétanos et les formes généralisées suraiguës (septicémie, pyohémie), dont on n'observe plus guère qu'un cas de loin en loin.

Nous n'avons pas à revenir sur chacune de ces formes, dont la plupart sont bien connues. Nous ferons seulement remarquer que les formes malignes de la métrite puerpérale (forme putride, forme gangreneuse) ne s'observent plus guère aujourd'hui. En ce qui concerne la péritonite, nous nous bornerons à constater qu'en obstétrique comme en chirurgie, si elle a notablement diminué de fréquence, elle n'a rien perdu de sa gravité. Nos deux malades ont succombé, l'une 5 jours, l'autre 4 jours après l'accouchement. L'endo-

cardite ulcéreuse est une question encore à l'étude. L'un de nous en a publié dernièrement un cas en collaboration avec M. Pilliet (1). Quant aux cas de pyohémie atténuée, à défaut d'expérience personnelle (puisque le seul cas de pyohémie que nous ayons observé s'est terminé par la mort), nous ne pouvons que renvoyer, pour leur étude, aux descriptions et observations relatées plus haut. En revanche, comme nous avons observé 6 cas de septicémie atténuée, et que cette forme ne se trouve pas signalée par les auteurs, il ne nous paraît pas inutile d'en fixer rapidement les principaux traits dans une description d'ensemble.

Quelques jours à une semaine après l'accouchement, une femme jusque-là bien portante se plaint de malaise, de courbature, de céphalalgie. La langue est blanche, le pouls bat à 80 ou 100 pulsations, la température est normale ou légèrement élevée. Le lendemain éclate un frisson, caractérisé par les trois stades de froid, de chaleur et de sueur, et, aussitôt après, la température monte brusquement à 40° ou même plus haut encore, avec 110 ou 120 pulsations. Il n'est pas rare d'observer alors des vomissements. En même temps, le facies pâlit, devient blafard, terreux. Malgré ces symptômes menaçants, *l'état général reste relativement satisfaisant :* le pouls est plein, régulier, la respiration facile, un peu accélérée seulement par suite de la fièvre ; la malade est tranquille, elle a conservé toute sa lucidité d'esprit, et répond avec calme aux questions qu'on lui adresse. Elle se plaint du mal de tête, de la soif, de la fièvre, mais *rien n'appelle l'attention sur l'abdomen.*

A l'examen, on trouve un peu de météorisme. Le palper montre l'utérus mou et volumineux. Cette exploration est d'ailleurs parfaitement supportée par la malade, qui n'accuse aucune douleur. Seuls, les hypochondres sont un peu sensibles à la pression, et la percussion permet d'apprécier la tuméfaction du foie et de la rate.

(1) LABADIE-LAGRAVE et PILLIET. Endocardite puerpérale tardive. Mélanémie. *Nouv. arch. obst. et gyn.*, mai 1889.

On passe à l'examen de la vulve, qui peut être le siège d'une déchirure ou d'une petite eschare recouverte d'un dépôt couenneux. Les lochies sont à peine odorantes. Au toucher, l'utérus est mobile, le col mou et entr'ouvert, les culs-de-sac souples, et, pas plus que le palper, cette exploration n'est douloureuse. Ce n'est qu'en saisissant l'utérus entre les doigts par le palper et le toucher combinés, et surtout en cherchant à pénétrer dans le col, qu'on arrive à déterminer une certaine douleur, d'ailleurs très supportable.

On ne trouve rien au cœur. Les poumons présentent seulement quelques râles de congestion disséminés. L'analyse des urines montre un nuage d'albumine. Enfin la diarrhée et la constipation s'observent à peu près avec une égale fréquence.

Le même état persiste pendant plusieurs jours, la fièvre se maintenant aux environs de 40° à 40°,5 le soir, avec d'assez grandes oscillations qui ramènent la température vers 39° le matin. Plus rarement, on peut observer le type inverse (obs. III). Le tracé thermique n'offre d'ailleurs rien de fixe. Le pouls suit une marche parallèle à celle de la température (110 à 125 ou 130 pulsations). De nouveaux frissons éclatent, mais l'état général reste bon, et aucun changement ne se dessine du côté de l'abdomen. (Nous supposons, bien entendu, qu'on a institué un traitement général et local approprié).

Au bout de 5 à 10 jours, la courbe fébrile s'abaisse progressivement, toujours par oscillations, quelquefois après avoir présenté un court plateau (obs. I). Le pouls diminue de fréquence. Le météorisme disparaît. L'appétit revient. Des sueurs profuses se déclarent assez souvent alors, en même temps qu'une certaine tendance à l'hypothermie pendant la convalescence, qui, d'ailleurs, suit régulièrement son cours. On reprend peu à peu l'alimentation, et, 10 à 15 jours en moyenne après la chute de la fièvre, la malade est en état de se lever.

Beaucoup plus rarement, soit absence ou intervention

tardive du traitement, soit par suite d'un degré encore trop élevé de malignité de l'affection, celle-ci continue à évoluer, l'état général devient grave, l'intelligence s'obnubile, la respiration s'embarrasse, une diarrhée fétide s'établit, des eschares se forment, et la malade, s'affaiblissant de jour en jour, finit par succomber dans le coma.

Telle est, décrite forcément d'une façon un peu schématique, l'évolution ordinaire de la septicémie atténuée. Si l'on est familiarisé avec l'étude des suites de couches et de leur pathogénie, on ne s'en laissera pas imposer par cette symptomatologie trompeuse, cette absence de phénomènes abdominaux. Mais un médecin peu versé dans cette étude (et le fait a d'autant plus de chances de se produire que les cas d'infection deviennent de jour en jour plus rares) pourra fort bien commettre une erreur.

Si, par hasard, il n'est pas prévenu qu'il s'agit de suites de couches (le cas peut se présenter, après un accouchement ou un avortement que la malade désire cacher), il risque fort de penser à tout autre chose qu'une infection puerpérale. Mais, même prévenu, ne sera-t-il pas exposé à se tromper ? Appelé au début de l'affection, il passe en revue les différents diagnostics possibles. La péritonite est éliminée d'emblée ; il ne retrouve pas les caractères ordinaires de la métrite ; il ne peut croire, enfin, que cette malade calme, sans délire ni dépression, sans dyspnée, soit atteinte de cette forme septicémique qui tue invariablement en quelques jours. Dès lors, il cherche d'un autre côté : il ausculte les poumons, le cœur, et ne trouve rien qui puisse expliquer la fièvre. Il examine les seins : aucun signe de lymphangite. Il se rappelle alors fort à propos que, dans certains cas rares, chez des femmes prédisposées, une constipation rebelle, une imprudence alimentaire, une émotion, ont pu produire une ascension thermique élevée, voire même un frisson. Il traite la constipation, s'il y a lieu, et attend au lendemain, espérant que la température va baisser : elle ne fait que monter, au contraire. Cependant rien de nouveau ne se dessine du côté du ventre, et l'état

général reste encore satisfaisant. Pour peu qu'il y ait de la diarrhée et du météorisme, le médecin songe alors à une fièvre typhoïde bénigne, ou bien il renonce à faire un diagnostic : par suite, il se borne à une médication symptomatique, contre la fièvre, les vomissements, etc.

Qu'arrive-t-il ? L'infection évolue, et, si de nouveaux frissons, une aggravation de l'état général, viennent mettre enfin le médecin sur la voie du diagnostic, il est bien tard pour agir efficacement. Or, *fièvre puerpérale atténuée ne signifie pas fièvre puerpérale sans danger, ni guérissant toute seule.*

Donc, si le médecin méconnaît l'infection, s'il fait une erreur de diagnostic, il laisse succomber sa malade. Si, malgré l'état général, il croit à une septicémie, comme il ne connaît que la septicémie suraiguë, il fait presque fatalement une erreur de pronostic, et il risque de se décourager et d'abandonner la partie comme perdue sans retour.

C'est là, en effet, que réside la gravité de cette erreur de pronostic. Qu'on lise, dans les auteurs, le chapitre consacré à la forme septicémique. Tous déclarent qu'ils n'y a rien à espérer ; l'économie entière est envahie, et l'affection évolue si rapidement, qu'on ne peut rien attendre d'un traitement local. C'est folie de l'entreprendre : c'est vouloir atteindre un ennemi insaisissable, hors de portée. Il faut se contenter de soutenir les forces de la malade, et encore n'est-ce guère que pour avoir l'air de faire quelque chose.

Le médecin qui a fait le diagnostic : septicémie, est donc prévenu qu'il n'a pas à compter sur le traitement local. Il sait, d'autre part, que ce traitement répugne à la malade, qu'il n'est pas rare de voir les injections intra-utérines, même les mieux faites, suivies immédiatement de quelques douleurs abdominales, de nausées, ou même d'un frisson, phénomènes toujours mal interprétés par l'entourage. Il aura donc bien des raisons de s'abstenir. Tout au plus, par acquit de conscience, fera-t-il une injection : mais il aura soin de s'en tenir là.

C'est exposer à une mort presque certaine une malade qui

aurait dû guérir. Si, dans les formes suraiguës, on n'a pas le temps d'enrayer l'infection, dans les formes atténuées, grâce à sa marche plus lente, elle peut et doit être arrêtée. Qu'importe qu'il s'agisse d'une forme généralisée, que l'élément infectieux soit répandu dans toute l'économie? Si cette considération doit entrer en ligne de compte au point de vue du pronostic, elle ne doit pas influer sur le traitement. Sans doute, les antiseptiques injectés dans la cavité utérine n'iront pas poursuivre l'agent nocif jusque dans le sang, quoi qu'en disent certains fougueux partisans de l'antisepsie: mais cela n'est pas nécessaire pour amener la guérison. Que ce soit le microbe qui ait pénétré dans le sang, à un état de virulence atténuée, ou que ce soient seulement les produits solubles élaborés par lui, peu importe : l'utérus reste toujours la surface de résorption de l'organisme, le foyer de pullulation, la base d'opérations du microbe. C'est là qu'il faut l'attaquer et le détruire. On coupe ainsi le mal dans sa racine, on prévient de nouvelles décharges microbiennes ou toxiques dans le torrent circulatoire, et, comme la première était elle-même atténuée, la résistance de l'organisme suffira presque toujours à en triompher.

Seulement, pour désinfecter complètement la cavité utérine, une seule injection ne suffit pas, malgré l'opinion de certains auteurs (1). On n'a qu'à examiner cette cavité chez une

(1) Les auteurs allemands (Kehrer, Fehling, en particulier), rejettent absolument les injections répétées dans l'infection puerpérale, sous prétexte que « si la première injection n'a servi à rien, une seconde servira encore moins, car, dans l'intervalle, les bactéries auront eu le temps de pénétrer encore plus profondément dans les parois utérines » (KEHRER. *Müller's Handbuch der Geburtshülfe*, 1889, III Band, p. 340). Et cela ne s'applique pas seulement aux formes généralisées ; Kehrer n'admet pas qu'on fasse plus d'une injection dans l'endométrite septique : encore semble-t-il ne l'accorder qu'à regret. Fehling n'en admet pas plus de deux : si, après la seconde, la fièvre n'est pas tombée, inutile de continuer : c'est une « polypragmasie blâmable » (*loc. cit.*, p. 89). Enfin, selon tous deux, pour peu que les annexes soient atteintes, il faut s'abstenir rigoureusement de toute injection (KEHRER, *loc. cit.*, p. 342. FEHLING, p. 103).

femme morte peu de jours après l'accouchement, pour se représenter la difficulté du nettoyage d'une pareille surface. Et ce qui prouve bien l'utilité d'une désinfection répétée, c'est l'issue de caillots, de fragments de placenta ou de membranes, à la 3e ou 4e injection, ou bien encore la remarquable chute de température qui la suit, dans certains cas.

On agira donc soit par des injections répétées (sol. phéniquée très faible, 1 à 2 0/0), dans l'intervalle desquelles on pourra laisser dans la cavité utérine des crayons d'iodoforme ou de la gaze iodoformée (1), soit par l'irrigation continue, suivant l'exemple du professeur Pinard. Ces méthodes suffisent dans la majorité des cas, sans qu'il soit besoin d'avoir recours à la curette. Nous n'irons pas jusqu'à dire, avec Fritsch (2), que « le raclage de la surface interne de la matrice, dans les cas de putridité intra-utérine due à la rétention de fragments de membranes, n'a aucune utilité, les succès obtenus alors devant être attribués aux injections de lavage et à la désinfection ». C'est aller un peu trop loin. Mais il ne faut pas non plus verser dans l'excès opposé, et ériger en principe : fièvre puerpérale = curettage. Nos observations et bien d'autres sont là pour le prouver, et la méthode des injections reste la plus généralement applicable. D'ailleurs, dans les jours qui suivent immédiatement l'accouchement, l'emploi de la curette n'est pas sans danger, surtout dans un utérus septique, c'est-à-dire ramolli, et, en cas de rétention manifeste de fragments de délivre, mieux vaudrait, à cette époque où la cavité utérine est facilement accessible, l'aborder avec le doigt, qui sent ce qu'il fait, qu'avec un instrument aveugle et brutal comme la curette.

En tous cas, quoi qu'il en soit de ces détails de traitement, nous tenons à bien montrer que la septicémie puerpérale

(1) On ne se servira des crayons d'iodoforme que pour compléter le traitement par les injections, non pour le remplacer, comme le voudrait Ehrendorfer (*Arch. fur Gynæk.* Band 22. Heft 1). Outre leur action *antiseptique*, les injections ont une action *mécanique* dont on ne saurait trop tenir compte.

(2) *Loc. cit.*, p. 145.

atténuée est une de ces affections où le sort de la malade est presque entièrement entre les mains du médecin. Il importe donc au plus haut point qu'il fasse aussitôt que possible le diagnostic exact. Voilà pourquoi nous avons cru devoir appeler l'attention avec un peu d'insistance sur cette forme d'infection jusqu'ici non décrite.

P. S. — M. Charpentier vient de communiquer à l'Académie de médecine (séance du 8 septembre) une observation des plus intéressantes au point de vue qui nous occupe. En voici le résumé (1) :

IIpare. Accouchement le 20 juin. Le 28, grand frisson avec claquement de dents, 40°,8; 130 pulsations. On fait des injections intra-utérines au sublimé.

M. Charpentier, appelé le lendemain, constate que l'*état général est bon : la malade dit se sentir bien*. 38°,5. Pouls à 104. Lochies sans odeur. Involution utérine en bonne voie. Rien dans les culs-de-sac. Col légèrement béant.

On continue les injections intra-utérines.

Les jours suivants, la température oscille entre 37° à 37°,5 le matin, 40° à 40°,6 le soir. Pouls à 120. On fait, le 1er juillet, un curettage qui n'amène qu'une chute passagère de la fièvre. La température remonte le surlendemain à 41°.

Pendant tout le mois de juillet, le tableau morbide reste sensiblement le même. Les frissons se multiplient (on en compta en tout 42); la température reste élevée (40° à 41° au moment des frissons; dans l'intervalle, oscillations entre 38° et 39°, quelquefois au-dessous); le pouls, toujours au-dessus de 100, atteint à plusieurs reprises 124 et 128. En outre, quelques nouveaux symptômes apparaissent : des sueurs abondantes, de la dyspnée, une diarrhée fétide. L'état général est moins bon, « *et pourtant la malade ne présente pas un aspect extérieur en rapport avec sa situation. Elle est pâle, mais ne se sent pas en réalité trop fatiguée. Elle se désole de la durée de sa maladie, mais n'accuse aucune douleur, et l'examen minutieux du cœur, des pou-*

---

(1) L'observation a paru in extenso dans les *Nouv. Arch. d'obst. et de gynéc.*, n° du 25 septembre.

mons, du foie, de la rate, des reins, des organes du bassin, ne fait rien découvrir d'anormal ».

Enfin, au commencement d'août, c'est-à-dire six semaines environ après l'accouchement, apparaissent des symptômes de néphrite (forte albuminurie avec dyspnée, vomissements, douleurs épigastriques).

M. Charpentier ne voit dans ce cas qu'une simple néphrite infectieuse puerpérale, malgré l'apparition si tardive de l'albuminurie. Il n'admet pas une infection généralisée au début, et s'appuie, pour cela, sur l'absence de toute lésion appréciable du côté des organes génitaux, sur les lochies non fétides, sur l'état normal de la sécrétion lactée. « Si nous admettons l'infection puerpérale, » dit il, « il faut avouer qu'elle a eu une marche bien étrange, car il y a toujours dans ces cas des troubles du côté des organes génitaux, de la sensibilité utérine, en un mot quelque manifestation locale. » Ce n'est pas l'avis du professeur Tarnier, qui voit dans l'observation précédente un cas d'infection puerpérale dont la néphrite n'a été que la terminaison.

Avons-nous besoin de dire que nous partageons absolument cette dernière manière de voir ? Notre principal but, en publiant ce travail, a été précisément de montrer que l'infection puerpérale peut donner lieu à des formes *larvées* remarquables par l'absence de tout phénomène local. Nous croyons qu'il s'est agi, dans l'observation de M. Charpentier, d'un de ces cas d'infection prolongée, d'*infection à deux poussées*, dont nous avons rapporté un exemple des plus nets dans l'observation II. Dans un cas comme dans l'autre, il y a eu d'abord infection généralisée (septicémie atténuée); puis, au bout d'un temps plus ou moins long (6 semaines à 4 mois après l'accouchement), l'infection s'est localisée, ici dans les trompes, là dans les reins. Seulement, dans le cas de M. Charpentier, la période d'infection généralisée a été relativement très longue, et les symptômes d'infection localisée lui ont fait suite immédiatement. Dans le nôtre, ces deux

phases de l'infection ont été séparées par une période de rémission. Il n'y a là qu'une différence de détail.

LES PARALYSIES OBSTÉTRICALES (1)

(*Fin.*)

Par le Dr **Dauchez**, ancien interne des hôpitaux.

Paralysies obstétricales traumatiques.

(CAUSES ET NATURE)

La pathogénie des parésies traumatiques est d'une étude relativement facile. Trois cas peuvent se présenter : La paralysie succède à une application du forceps, aux manœuvres de la version podalique, au dégagement des épaules par traction des doigts recourbés en crochet.

S'agit-il du forceps, comme dans les cas rapportés par Danyau, Guéniot et Roulland, les cuillers, profondément enfoncées sur les parties latérales du cou, vont, par leur extrémité mousse, contusionner le plexus brachial en laissant parfois d'assez fortes contusions des téguments, preuve irrécusable de l'excès de pression.

L'autopsie démontre alors la congestion d'une ou de plusieurs branches dudit plexus dont la teinte ardoisée tranche alors avec le blanc mat des plexus voisins.

La version doit-elle être incriminée, comme dans le cas de Bailly cité plus loin, la paralysie reconnaît pour origine, tantôt des pesées excessives exercées sur les épaules, tantôt la procidence du membre hors de la vulve. La tuméfaction du bras et les tentatives répétées d'extraction nécessaires en pareille circonstance sont autant de conditions favorables à la production de ces troubles moteurs. Dans le cas de Bailly l'atrophie du membre fut la conséquence de la névrite trau-

---

(1) Voir *Annales de gynécologie*, septembre 1891, p. 194.

matique du plexus branchial. Reste enfin la paralysie par dégagement des épaules au moyen du doigt recourbé ou du crochet mousse. La lecture des observations révélera la pathogénie de ces divers troubles moteurs.

Obs. XVII. — *Paralysie du bras chez un nouveau-né.* Danyau. *Bulletin Soc. chirurg.*, 1851, p. 148. (*Forme hémiplégique*) *forceps. Autopsie.* — Femme primipare, albuminurique, en travail depuis 24 heures, est prise d'éclampsie qui nécessite l'intervention immédiate. Tête en O.I.D.P. Deuxième attaque pendant qu'on préparait le forceps. L'occiput fut dégagé en arrière, la face en avant. L'enfant pesait 3 kilog. 325 gr. Naquit en état de mort apparente et fut bientôt ranimé.

La tête fut un peu plus difficilement extraite que dans les cas simples.

Trente-six heures après sa naissance il respirait, etc..., *mais il ne tetait pas*, il y avait *à la fois hémiplégie incomplète faciale gauche et paralysie du bras gauche.*

Le membre supérieur gauche pend immobile, avant-bras en pronation, doigts demi-fléchis, retombe inerte, flexion de l'avant-bras sur le bras suivie aussitôt de l'extension passive. L'enfant sent bien et cherche à élever l'épaule du côté paralysé quand on le pince.

Sur la partie latérale gauche du corps, légère eschare le long du bord externe du trapèze. Elle avait été produite par la branche droite du forceps, ayant *serré la tête défléchie et inclinée*, et ayant *comprimé le plexus brachial* ainsi que *le facial* à sa sortie du crâne.

Autopsie. — 1) Céphalématome sur le pariétal gauche.

2) Suffusion sanguine à la surface de l'hémisphère droit en arrière.

3) Oblitération complète du trou de Botal.

En outre : *Plexus brachial.* Depuis son origine jusqu'au dehors des scalènes, les branches qui concourent à la formation du plexus présentent une teinte sanguinolente qui ne disparaît nullement au frottement. Au delà des scalènes, les nerfs ont leur couleur normale.

Les tissus qui environnent *le facial*, au moment où il sort du trou stylo-mastoïdien pour aller s'enfoncer dans la glande parotide, sont ecchymosés. Le nerf lui-même est injecté dans cette

partie de son trajet. Au delà de la parotide, les rameaux nerveux présentent leur coloration normale.

Obs. XVIII. — Smellie, citée par Guéniot (*Bull. Soc. chirurg.*, 1867, p. 38). — Une femme, ayant déjà eu des accouchements très faciles et chez laquelle l'enfant se présentait par la face, était depuis longtemps en travail.

Il y avait environ les deux tiers de la tête descendus dans le bassin et le menton était arrivé jusqu'à la partie inférieure de l'ischion du côté droit. La femme était donc couchée sur le côté, un oreiller entre les genoux et les fesses sur le bord du lit, Smellie fit une application de forceps (probablement de son forceps droit) de manière à placer les cuillers sur le côté de la tête, c'est-à-dire l'une en avant, l'autre en arrière du sacrum ; puis faisant tourner le menton de droite à gauche jusque sous l'arcade du pubis, il termina l'accouchement sans de notables difficultés.

L'enfant, ajoute-t-il, naquit avec la face toute tuméfiée et la tête comprimée ; cette *longue compression* rendit les bras de l'enfant paralytiques, mais on remédia bientôt à cet accident au moyen de frictions qu'on lui fit.

M. Guéniot admet ici la paralysie comme conséquence de la longue *compression des épaules au détroit supérieur et de la compression des nerfs circonflexes* (paralysie des deltoïdes).

Obs. XIX. — Guéniot. *Bull. Soc. chirurg.*, 1867, p. 34. *Paralysie du bras chez un nouveau-né extrait par le forceps.* — Ayant observé, dit M. Guéniot, *un exemple presque unique* de cette variété de paralysie, j'ai pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de la publier, etc.

Le 4 août 1864, M..., Rosalie, *primipare*, entre à la clinique. Premières douleurs à 4 heures du soir. Dilatation du col à 8 heures 1/2 du soir (7 centim.). Présentation du sommet en O.I.D.A. restée au 1/2 sup. du détroit supérieur. Application du grand forceps de Dubois. La branche gauche introduite pénètre difficilement. La branche droite est encore plus difficile à introduire. L'extraction nécessite des tractions vigoureuses. Enfant de 3250 gr.

Les marques du forceps se voient sur la moitié gauche du front et de la face, sur le côté droit et un peu postérieur du cou. Le point contusionné correspondait exactement à la jonction du cou et de

la poitrine, au niveau du bord antérieur du muscle trapèze (eschare de 1 centim.).

Le 16 août. *Onze jours après sa naissance*, la mère me fit remarquer que le bras droit était sans mouvements. Personne ne l'avait remarqué auparavant ; le bras droit pendant, inerte, contraste avec le gauche. Avant-bras passivement étendu en pronation et les doigts fléchis dans la main. Les doigts seuls sont mobiles ; le bras seul est inerte, le membre fléchi retombe ; l'épaule est encore mobile. Sensibilité bien conservée. Pas de déformation de l'épaule. Il n'existe ni luxation ni fracture, ni trace de contusion. Enfin la palpation n'indique aucun empâtement dans le membre malade.

Le 20 août. L'état général est satisfaisant, mais la paralysie persiste.

Le 25. Amélioration sensible dans l'état de la paralysie ; le bras est le siège de quelques mouvements, l'avant-bras pouvait se fléchir spontanément, la main et les doigts jouissaient de tous leurs mouvements, la plaie du cou était cicatrisée.

L'enfant fut emmené par sa mère qui l'allaitait et n'est pas revenu.

Réflexions. — M. Guéniot croit devoir attribuer ces symptômes à la contusion du plexus brachial. Il admet, comme dans le cas de Danyau, une inclinaison de la tête ayant favorisé la vulnérabilité du cou. Cette présentation inclinée est rendue vraisemblable par la longue durée du travail et par la difficulté d'introduction du forceps.

Obs. XX. — Bouchut. (*Maladies des nouveau-nés*, p. 94.) *Paralysie du deltoïde consécutive à une application du forceps.* — Dans la famille D..., l'accoucheur, M. le Dr Caron, amena au monde, à l'aide d'un forceps, une enfant que l'on croit mort pendant une heure. Sa tête était aplatie par le forceps et portait sur le front les traces d'une pression qui persistèrent quelques mois. Une fois rappelée à la vie, elle était paralysée du deltoïde gauche et son bras était immobile.

Je lui prescrivis l'électrisation et des frictions stimulantes, ce qui fut fait et ce qui amena la guérison au bout de trois mois, sans laisser d'atrophie.

J'ai revu l'enfant au bout de trois ans, et elle n'a aucun trouble du mouvement ni de l'intelligence.

Obs. XXI (inédite). — *Monoplégie brachiale congénitale par manœuvres obstétricales. Persistance des accidents pendant six ans. Guérison incomplète.* Par le Dr H. Dauchez, ancien interne de l'hôpital des Enfants. — Le 20 juin 1886, j'étais consulté par Mme L..., qui m'amenait son fils, jeune garçon de 5 à 6 ans, bien portant et régulièrement conformé, dont le bras droit semblait paralysé et pendait presque inerte le long du corps. Cette monoplégie remontait, au dire de la mère, à la naissance de l'enfant dont l'extraction avait dû être faite à l'aide du forceps. Le dégagement des épaules ayant tardé à se faire, le médecin avait dû glisser ses doigts courbés en crochet au-dessous des aisselles pour aider au dégagement. Le tout ayant duré de cinq à dix minutes sans qu'il soit resté sur la face, ni sur les membres aucune trace de violence.

A ces renseignements Mme L..., ajoutait que le médecin de la famille, consulté au sujet de l'impotence du membre, s'était abstenu de toute intervention, avait déconseillé la faradisation, pensant que la « paralysie » guérirait d'elle-même.

Quoi qu'il en soit, le bras d'abord inerte et flasque ayant retrouvé peu à peu, spontanément six mois après la naissance, quelques uns des mouvements perdus ; Mme L .., attendit encore cinq à six ans sans plus consulter personne.

A première vue, on est frappé de la maigreur et de l'immobilité du membre et surtout de l'aplatissement des muscles deltoïdiens qui contrastent avec ceux du côté sain. Les muscles deltoïdes sus et sous-épineux angul: de l'omoplate sont manifestement atrophiés.

L'élévation de l'épaule est à peu près impossible et l'enfant, dont l'intelligence est très éveillée, ne peut réussir, malgré tous ses efforts, à tracer le signe de la croix.

Malgré l'adiposité commençante des muscles du bras, de l'avant-bras (surtout les extenseurs) les réactions électriques (faradisation) sont encore à peu près normales. Pourtant la sensibilité est conservée: Enfin, l'enfant réussit, non sans peine, à tenir une plume et à tracer quelques jambages assez réguliers.

L'exploration de la tête humérale ne révèle aucun cal et l'aisselle ne révèle l'existence d'aucune tumeur ganglionnaire.

Enfin, nous dirons que, malgré l'affaiblissement de ses muscles notre jeune malade parvient à soulever, à bras tendu, un poids de 5 à 600 grammes.

Traitement : frictions excitantes. Massage et faradisation des muscles atrophiés et paralysés.

Le 3 août. Nous présentons notre jeune malade à M. Hutinel (alors suppléant, comme agrégé, M. le professeur Grancher), qui nous fait remarquer l'*abduction du bras* qu'il est impossible, à l'état du repos, de rapprocher du tronc. La tête humérale, facile à sentir en raison même de l'atrophie deltoïdienne, est seule luxée hors de la cavité glénoïde et roule sous la main qui perçoit un vide manifeste au-dessous de la voûte acromio-coracoïdienne.

Décembre 1887. Nous revoyons notre jeune malade qui, depuis seize mois, a été soumis aux pratiques gymnastiques, hydrothérapiques, etc. Malgré la persistance du déplacement articulaire, aujourd'hui irrémédiable, la plupart des mouvements ont été retrouvés et l'écriture de l'enfant est devenue très correcte et son bras a récupéré suffisamment de force pour exécuter les mouvements habituels.

Obs. XXII. — Thèse de Nadaud 1872. (*Version.*) — Enfant d'une multipare. Version difficile. Le bras était à la vulve. La main droite, le poignet et le tiers inférieur de l'avant-bras sortis, étaient rouges et tuméfiés. Extrait par M. Bausser à la quatrième tentative de version après pesées sur les épaules. Bras inerte, insensible à la piqûre, surtout en haut. L'électrisation ne provoque aucune sensation. Inertie complète du bras et de l'avant-bras deux mois après. Pas de réflexes.

Le troisième mois, anesthésie à peu près totale du membre.

Le deltoïde, le grand dentelé, le biceps, d'autres muscles, ont perdu toute réaction électrique.

Le bras reste donc paralysé (fait très rare).

Obs. XXII *bis*. — (Communiquée par M. Bailly), thèse de Nadaud (1872). — Il s'agit d'une multipare chez qui la version fut difficile. Le bras était à la vulve, la main droite, le poignet et le tiers inférieur de l'avant-bras sortis étaient rouges, tuméfiés...

Extrait par M. Tarnier à la *quatrième tentative de version.* On fut obligé de peser un peu sur les épaules. Le bras restait

inerte, pendant complètement le long du tronc ; insensible à la piqûre sauf à la partie supérieure du bras.

L'électrisation ne détermine aucune sensibilité dans le bras. Près de deux mois après, la motilité n'a fait aucun progrès, le bras et l'avant-bras sont dans une résolution complète. Pas de mouvements réflexes. La sensibilité du bras persiste jusqu'auprès du coude en avant. Plus bas, on irrite la peau sans déterminer la moindre expression de douleur.

A ce moment le malade, adressé à Duchenne par M. Depaul; avait perdu toute réaction électrique dans le deltoïde, le grand dentelé, le biceps et plusieurs autres muscles.

Réflexions. — Fait anormal en raison de la perte définitive du mouvement, des troubles sensitifs (très rares), de la perte des réflexes.

Obs. XXIII. — Dr Budin. *Bulletin médical*, 11 mars 1888 (résumée). — Françoise B..., enceinte pour la troisième fois, entre à la Clinique d'accouchement le 1er décembre 1887, à terme (grossesse normale).

Début du travail vers 8 heures du matin (perte des eaux) suivie de dilatation du col (3 centim.).

En raison d'une chute du cordon (battements faibles et ralentis), M. Budin se décide à entreprendre la version. L'enfant est placé en O.I.D.

La version fut exécutée normalement et sans accident, sauf au moment du dégagement du siège et *de la tête retenue par un léger rétrécissement du bassin* (diamètre promonto-sous-pubien. 107 millim.).

Au moment où la tête allait être dégagée un aide exécutait la manœuvre de Mauriceau, à savoir : Deux doigts de la main gauche furent placés dans la boucle et *les deux ou trois doigts de la main droite appliqués sur les parties latérales du cou,* permirent à l'opérateur de *tirer assez fortement en pressant* sur les parties latérales de la nuque.

Le 4 décembre, soit 3 à 4 jours après l'accouchement on s'aperçut que le membre supérieur droit, *complètement inerte,* demeurait pendant sur l'oreiller et un peu écarté du tronc.

On remarquait, en outre, que l'*avant-bras* reste étendu en

pronation avec conservation des mouvements de flexion et extension des doigts.

Que l'épaule restait immobile (paralysie deltoïdienne), que le bras restait placé en pronation et en extension forcée (paralysie des supinateurs). La sensibilité est intacte. L'enfant présente une grande résistance électrique.

RÉFLEXIONS : M. Budin admet, qu'au moment de l'extraction de la tête, les deux doigts de l'opérateur ont, par la pression un peu vive exercée sur le *point de Erb* (5[e] *et* 6[e] *nerfs cervicaux*), déterminé des accidents de compression au niveau de l'émergence de ces deux nerfs qui, comme le prouvent les travaux de Erb, Ferrier et Forgues, animent les muscles paralysés chez cet enfant, à savoir :

Le deltoïde, le brachial antérieur, le biceps, le m. supinateur. Paralysie radiculaire supérieure.

(N. B.) — Cette observation, comme on le voit, est très intéressante et très complète. Elle doit être rapprochée de l'observation rapportée par Rouland (*Th. inaug.*, 1887) et dans laquelle deux circulaires du cordon déterminèrent une double paralysie radiculaire supérieure.

Paralysies obstétricales d'origine indéterminée.

L'observation suivante (inédite), que notre excellent ami, le D[r] Babinski, chef de clinique de la Faculté, veut bien nous communiquer au dernier moment doit être classée en dehors des paralysies spontanées et de celles qui ressortissent à l'intervention obstétricale.

Très complète au point de vue descriptif, cette observation signale simplement l'application du forceps par notre distingué confrère le D[r] Bonnaire, sans faire mention de la présentation, ni de la durée du travail. Bien qu'il soit impossible d'affirmer la cause de cet accident, il est à présumer, en raison de sa *localisation* sans généralisation au bras, qu'il s'est agi d'une cause égalément locale (compression au niveau des parois ou du col).

La guérison de ce jeune enfant vient encore à l'encontre de l'hypothèse d'une lésion centrale.

Obs. XXIV. — *Paralysie flasque de la main chez un nouveau-né* (Babinski). — Il s'agit d'un enfant que j'ai examiné pour la première fois, lorsqu'il avait l'âge de trois semaines et dont voici l'histoire.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. La mère ne connait personne, dans sa famille, ayant présenté de maladie nerveuse ou mentale. Quant à elle-même, elle n'est atteinte, actuellement, d'aucune affection nerveuse, mais elle dit qu'elle est très impressionnable et elle raconte qu'elle a été, pendant les premiers temps de sa grossesse très frappée par la vue d'un mendiant qui avait une paralysie de la main semblable à celle que présente son enfant : elle dit que la crainte de mettre au monde un enfant difforme, l'a tourmentée pendant quelque temps.

L'accouchement a été pénible, le forceps a dû être appliqué. L'opération a été faite par le Dr.Bonnaire qui nous a ensuite adressé la malade et qui affirme qu'aucune compression n'a été exercée pendant les manœuvres, sur le membre affecté.

La paralysie a été observée par les parents, pour la première fois, le lendemain de la naissance, mais ils ne peuvent dire si, le jour même de la naissance, l'affection existait déjà, car leur attention n'a pas été dirigée de ce côté.

Voici l'état de l'enfant trois semaines après sa naissance :

Le 21 avril 1888. — État général excellent ; enfant bien développé : n'a pas eu de convulsions, calme, crie très rarement ; dort bien, n'a pas de fièvre.

Quand on observe l'enfant, après l'avoir mis à nu, sans exercer aucun attouchement, on constate que ses membres effectuent, par moments. divers mouvements de flexion, d'extension, etc., et il n'est possible de constater aucune différence entre les mouvements du membre inférieur droit et ceux du membre inférieur gauche. En ce qui concerne les membres supérieurs, il n'en est pas de même. Le membre supérieur gauche se meut d'une façon normale. Du côté du membre supérieur droit, on constate, que les mouvements de l'épaule et du coude existent, mais sont, peut-être, un peu plus limités que ceux du côté opposé ; quant aux mouvements du poignet et des doigts, ils manquent absolument. Tandis que la

main et les doigts gauches se fléchissent et s'étendent tour à tour, la main et les doigts du côté droit sont constamment en flexion et les doigts recouvrent le pouce.

On peut modifier cette attitude, en imprimant à la main et aux doigts des mouvements passifs , mais on éprouve une légère résistance ; l'extension complète est difficile et ces manœuvres paraissent pénibles à l'enfant qui crie parfois à ce moment, tandis que l'on peut mouvoir les autres membres sans qu'il manifeste aucun mécontentement.

Nous avons cherché, par des excitations diverses, à provoquer des mouvements du côté du segment du membre affecté, et le résultat a été négatif.

Il n'y a pas de différence de volume, nettement appréciable, entre les divers segments du membre supérieur droit et ceux du membre supérieur gauche. La sensibilité de la main atteinte n'est pas abolie, car l'enfant réagit sous l'influence d'excitations portées sur la zone affectée; mais il ne nous a pas été possible de constater s'il existait une différence dans le degré de sensibilité des deux mains. Pas de troubles trophiques. L'étude électrique a offert des difficultés. Nous avons employé des courants induits faibles, mais pourtant assez intenses pour provoquer des contractions musculaires chez un adulte. Chez cet enfant, voici ce que nous avons observé : Nous avons, tout d'abord, électrisé les muscles du membre supérieur gauche, c'est-à-dire du côté sain; et nous n'avons pas obtenu de contractions localisées correspondant aux muscles électrisés, mais des mouvements généralisés à tout le membre et même aux autres membres et qui étaient analogues aux mouvements que l'on obtenait en irritant le membre par le pincement de la peau. Nous n'avons pourtant pas voulu, au début du moins, employer des courants plus énergiques, car les courants plus faibles paraissaient déjà pénibles.

L'électrisation du membre malade donne les mêmes résultats; mais la main et les doigts restent immobiles. Nous engageons alors la mère à venir avec son enfant, trois fois par semaine, pour électriser les muscles du membre affecté, particulièrement les muscles de l'avant-bras, et nous nous proposions d'augmenter, petit à petit, l'intensité des courants. Voici ce que nous avons observé depuis :

23 avril. *Deux jours après le premier examen.*

La mère nous dit que l'avant-veille, jour du premier examen où l'enfant a été électrisé, il a été moins calme que d'habitude, que le sommeil était un peu agité. La mère a observé la veille, et cela pour la première fois, un léger mouvement du petit doigt. L'enfant est de nouveau électrisé, comme la première fois, avec des courants de même intensité.

Le 25. La mère a fait les mêmes observations que la première fois : Agitation le jour de la visite; mouvement du petit doigt un peu plus étendu.

27 avril. Mêmes remarques. Nous observons des mouvements du petit doigt et quelques mouvements dans l'index.

Le 30. L'amélioration s'accentue. Outre les mouvements du petit doigt et de l'index, quelques mouvements de l'annulaire et du médius. Le pouce et le poignet sont encore immobiles. Les mouvements passifs des doigts et du poignet sont un peu plus faciles et sont mieux supportés par l'enfant.

2 mai. Quelques mouvements du poignet.

Il nous semble inutile de rapporter, jour par jour, les modifications qui se sont produites depuis. Qu'il nous suffise de dire que l'amélioration a été en s'accentuant d'une façon continue. Après les mouvements du poignet, le pouce à commencé à se mouvoir à son tour, et finalement, trois semaines après le premier examen, l'enfant paraissait complètement guéri; car il était impossible de percevoir la moindre différence entre les mouvements du poignet et des doigts du côté droit et ceux du côté gauche. Notons, qu'en raison de l'amélioration rapide qui s'est produite, nous n'avons pas cru devoir employer des courants plus forts que ceux dont nous nous étions servis au début.

Obs. XXV. — *Paralysie radiculaire d'origine obstétricale.* Observation inédite recueillie par le Dr Monnier. *Luxation sous-glénoïdienne double par élévation forcée des deux bras au moment de l'accouchement* (*Atrophie consécutive*). Impotence fonctionnelle. François X..., 4 ans, assez vigoureux quoique un peu grêle, a été mis au monde en Bretagne par une sage-femme qui, pour hâter la sortie de l'enfant, a exercé de violentes tractions sur les pieds (*présentation du siège, mode des pieds*). Le lendemain on s'aperçut que les bras étaient écartés du tronc, en rotation en dedans, comme maintenant.

Le onzième jour après la naissance voyant les accidents persister, la sage-femme consulte le Dr M... de Quimperlé qui diagnostique une luxation double de l'épaule. Aucun traitement n'est institué.

Depuis lors l'enfant, présenté à un autre médecin, a été électrisé pendant six mois en 1886.

Indolence apparente, mais impotence absolue des deux bras.

État actuel : Bras très amaigris, en pronation accentuée presque forcée, mains fermes, avant-bras un peu fléchis, coudes à quelques centimètres du tronc. Il faut presser assez fortement sur ceux-ci pour les faire toucher au thorax, ce qui détermine, du côté de l'angle inférieur de l'omoplate, une légère inclinaison de la colonne vertébrale.

Dépression sous-acromiale; mais qui n'est bien perçue que par le doigt qui s'engage un peu entre la tête humérale et la voûte acromio-coracoïdienne.

La tête humérale, en partie dans l'extrémité inférieure de la cavité glénoïde, en partie au-dessous et en avant, est surtout perçue lorsque le bras est en abduction. L'omoplate suit tous les mouvements de l'humérus, à moins qu'on ne l'immobilise fortement. On perçoit alors des mouvements articulaires, surtout ceux de rotation.

Atrophie de tous les muscles de l'épaule.

Corde formée par le petit rond et le sous-épineux.

L'enfant se sert à peine de ses mains et peut difficilement serrer les doigts qu'on lui présente.

La sensibilité paraît intacte.

Un appareil plâtré a été appliqué pendant trois mois sur le bras gauche, sans produire aucun résultat.

Conclusions.

I. — Dans l'état actuel de la science et malgré la classification plus fictive que réelle établie au début de ce travail, il faut distinguer dans les paralysies obstétricales congénitales deux ordres de faits :

A. — Les paralysies dites spontanées, liées à une compression du fœtus indépendamment de toute intervention opératoire.

B. — Les paralysies traumatiques post-opératoires (forceps, traction, version) portant sur la face, sur les membres supérieurs ou inférieurs.

II. — A côté de ces paralysies viennent se placer les pseudo-paralysies obstétricales dans lesquelles la paralysie est simulée par la luxation uni ou bilatérale d'un membre supérieur (obs. XXV), primitive ou secondaire.

III. — Les paralysies obstétricales portent presque exclusivement sur le mouvement et respectent la sensibilité dans la plupart des cas.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

La trachélorrhaphie à lambeaux.

Bien que l'importance des déchirures du col soit loin d'être aussi grande que le voulait Emmet et que le simple traitement de la métrite concomitante suffise à amener la cessation des symptômes pénibles accusés par la malade, il n'en est pas moins vrai que la déchirure du col constitue, lorsqu'elle est étendue, une lésion qui favorise l'infection de la muqueuse utérine et que, par suite, il y a intérêt à la traiter en même temps que la métrite concomitante.

Jusqu'à ces derniers temps on avait surtout recours à l'opération, dite *opération d'Emmet*. Les succès obtenus dans la restauration du périnée par la méthode du dédoublement, méthode à lambeaux de L. Tait, ne devaient pas tarder à encourager les gynécologistes à employer un procédé analogue pour la restauration du col.

La *trachélorrhaphie à lambeaux*, indiquée en principe par Sänger (1), pratiquée par Fritsch (2), par Kleinwächter (3), puis

---

(1) SAENGER. Ueber Lappen-Perineorraphie. *Sammlung klinische Vorträge*. Leipzig, 1888, n° 301.

(2) FRITSCH. Ueber plastische Operationen in der Scheide. *Centr. f. Gyn.* Leipzig, 1888, n° 49, p. 804.

(3) KLEINWACHTER. Uebertragung des Principe der Lappen-Perineorraphie auf die Operation des Lacerationsectropium. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* Stuttgart, t. XVII, Hft 2, p. 279.

par Sänger (1), a été faite de diverses façons. Le plus simple est, croyons-nous, d'opérer de la manière suivante :

Saisissant les lèvres, antérieure et postérieure, du col avec de très fines pinces de Museux, on attire le col en bas et à droite, de manière à bien exposer sa partie gauche (la déchirure étant supposée à gauche). Puis, enfonçant le bistouri dans la lèvre antérieure du col, un peu en avant de la limite de la déchirure, on fait

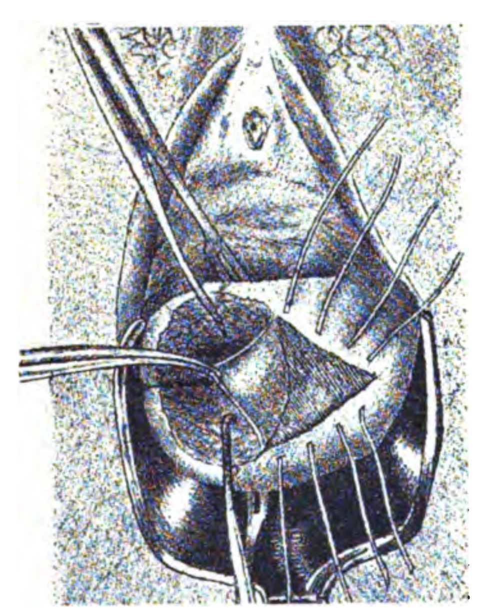


FIG. 1 (SAENGER).

au-dessous de celle-ci une section angulaire qui se termine sur la lèvre postérieure du col. Le bistouri a cheminé à plat, à peu près parallèle à la muqueuse de la déchirure et a circonscrit ainsi un lambeau triangulaire, attaché par sa base intra-cervicale, libre par son sommet correspondant à la limite vaginale de la déchirure. Ce lambeau est ramené avec une pince fixant son sommet vers le canal cervical (voir fig. 1).

---

(1) SAENGER. Ueber Lappen-Trachelorrhaphie. *Samml. klin. Vortr.*, Leipzig, 1890, n° 6.

Il suffit après cet avivement rapide, fait en un instant, de placer les sutures. On y arrive avec la plus grande facilité en se servant de l'aiguille coudée à chas mobile d'Auguste Reverdin. Il faut commencer par le point le plus externe, chargeant successivement avec l'aiguille la lèvre postérieure de la surface avivée, la face profonde du lambeau, la lèvre antérieure. Les deux extrémités du fil sont nouées en dehors (voir fig. 2). 3 à 7 points suffisent pour restaurer les déchirures les plus étendues. Avant de nouer les derniers fils, les plus voisins de l'orifice, on s'assurera, les ayant placés mais non serrés, que la perméabilité du canal cervical est conservée.

Finalement, le col qui a repris sa forme normale est bordé par un ourlet un peu déchiqueté, correspondant à la pointe du lambeau,

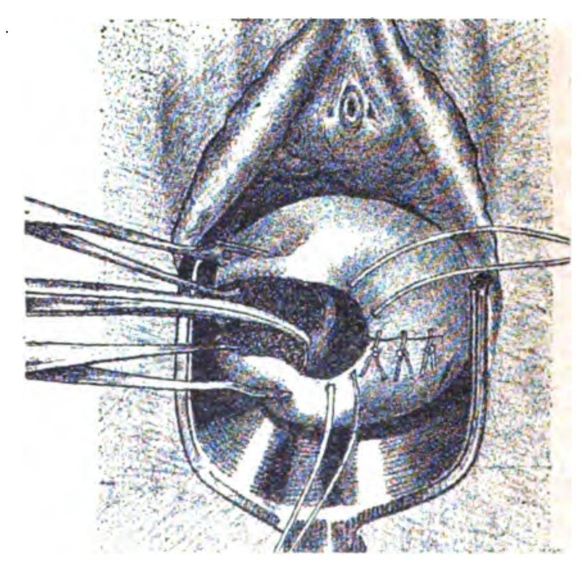


Fig. 2 (Saenger).

pointe qu'on peut réséquer si elle fait une saillie par trop considérable.

Pansement iodoformé. La guérison se fait en quelques jours sans que l'on ait à se préoccuper des fils, si, au lieu de prendre comme Sänger du fil d'argent, on a recours au catgut bien suffisant comme nous avons pu nous en assurer.

Henri Hartmann.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances du 8 *et du* 15 *septembre* 1891.

CHARPENTIER. **Néphrite infectieuse puerpérale.** — L'observation concerne une secondipare, qui à la suite de son 1er accouchement, normal, survenu 3 années auparavant, avait eu de la septicémie puerpérale (grand frisson 36 heures après l'accouchement, température élevée jusqu'à près de 40°, sensibilité abdominale, etc.), accidents qui avaient été heureusement combattus par le curettage de l'utérus et les lavages antiseptiques. 7 jours après son second accouchement normal, avec des suites de couches normales les 6 premiers jours (involution utérine, montée du lait, lochies normales), et malgré les précautions antiseptiques très rigoureusement prises à cause des accidents puerpéraux de jadis, éclata un frisson violent, avec claquement de dents qui dura de 30 à 40 minutes, et qui fut suivi d'une transpiration abondante, qui dura plusieurs heures; température vers le début du frisson 40°,8 après 38°. Pouls 130 — 96.

Du côté des organes génitaux rien d'anormal à relever, non plus que vers les autres organes. Les lavages antiseptiques furent continués, mais les accidents se renouvelèrent sous forme de frissons, de sueurs, d'hyperthermie. D'autre part un curettage utérin, réclamé par la malade aussi bien que les injections antiseptiques restèrent complètement inefficaces.

Les urines examinées à plusieurs reprises, restèrent assez longtemps sans contenir de l'albumine.

Six semaines environ après l'accouchement, à ces symptômes graves, interrompus par des périodes d'accalmie durant lesquelles la température s'abaissait à 37° et au-dessous, apparurent de nouveaux symptômes: dyspnée, suffocation, vomissements, cauchemars, délire, et quelques jours après, *albuminurie*, qui firent porter le diagnostic de néphrite infectieuse, diagnostic que l'évolution relativement heureuse (car l'albuminurie persiste encore) de la maladie sous l'influence du régime lacté, parut confirmer.

Discussion. TARNIER serait plutôt d'avis, d'après la nature

même des symptômes observés et l'apparition très tardive de l'albuminurie (35 jours après le début des accidents), qu'on s'est trouvé en présence d'un processus puerpéral qui s'est, secondairement, compliqué de néphrite.

CHARPENTIER, contre cette manière de voir, invoque l'absence de toute manifestation locale du côté de l'utérus et des annexes, l'inefficacité du curettage et des injections antiseptiques, et l'influence heureuse exercée par la diète lactée.

GUERMONPREZ (de Lille). **Hystérectomie abdominale totale.** — Cette communication a pour point de départ une hystérectomie totale, pratiquée avec succès sur une femme de 36 ans, atteinte d'un fibrome utérin très volumineux, qui avait donné lieu à des pertes très abondantes. En raison de la facilité relative avec laquelle l'opération fut faite, l'auteur a cru devoir faire connaître et recommander la méthode qu'il a suivie : 1° section des ligaments larges, en s'arrêtant à peu de distance des artères utérines ; 2° section transversale du péritoine vésico-utérin ; 3° séparation de l'utérus et de la vessie au moyen des doigts, en prolongeant le décollement jusqu'au museau de tanche ; 4° ouverture de la limite supérieure du vagin au moyen d'une simple boutonnière pratiquée longitudinalement sur la ligne médiane et par sa paroi antérieure ; 5° transfixion du vagin, suivant le plan antéro-postérieur, au moyen d'une petite sonde cannelée que l'on fait sortir dans le cul-de-sac de Douglas ; 6° assurer l'hémostase avant l'exérèse au moyen de deux pinces-clamp. R. L.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE DE ST-PÉTERSBOURG

(28 *mars et* 11 *avril* 1891.)

D. DE OTT présente des pièces d'une **grossesse gémellaire tubaire** ; le diagnostic avait été fait à l'aide du curettage préalable ; les fœtus semblaient avoir environ trois mois, peut-être un peu plus.

A. L. EBERMAN. **De l'uréthrite chez la femme.** — L'examen endoscopique montre dans l'uréthrite *aiguë* la muqueuse rouge foncé, les plis radiés effacés ; dans l'uréthrite *chronique*, on trouve en plus des granulations soit disséminées, soit localisées à une paroi. Parfois les orifices glandulaires se présentent sous forme de mame-

lons, tandis que, normalement, ils ne sont pas apparents, d'autres fois enfin les granulations et les glandes prolifèrent simultanément; il est exceptionnel qu'il existe des fissures au col de la vessie.

D. DE OTT. **Hystérectomie pour dégénérescence putride d'un fibroïde sous-muqueux.** — Femme de 34 ans, épuisée, fiévreuse, se plaint depuis trois mois de douleurs abdominales, d'hémorrhagies, de leucorrhée. Elle porte une tumeur médiane, volumineuse, ayant la forme de l'utérus uniformément hypertrophié, douloureuse à la pression. Le col est allongé, ses parois minces, la cavité cervicale admet le doigt. On constate ainsi l'existence d'une tumeur intra-utérine ; des lambeaux de muqueuse sont expulsés avec du sang sanieux. Bientôt il survient des accidents infectieux et l'intervention opératoire est décidée.

La cavité utérine est tout d'abord désinfectée, bourrée de gaze iodoformée, puis l'*orifice du col est suturé* afin d'éviter l'écoulement de matières putrides dans le champ opératoire. Dans un premier temps de l'hystérectomie la vessie et le cul-de-sac postérieur sont séparés du col par voie vaginale sans ouverture du péritoine, de fortes ligatures sont jetées sur les segments inférieurs des ligaments larges. Toute la cavité vaginale est ensuite tamponnée à l'aide de gaze iodoformée dans le double but d'arrêter l'hémorrhagie et de faciliter le deuxième temps de l'opération par la voie abdominale en soulevant les culs-de-sac.

La laparotomie démontra l'exactitude du diagnostic au point de vue de l'étendue des lésions : l'utérus, les ovaires, les trompes extrêmement distendues, le péritoine pelvien étaient le siège d'inflammation suppurative. L'utérus et ses annexes enlevés, un nouveau tampon iodoformé fut appliqué dans la cavité vaginale, mais introduit cette fois par la voie péritonéale naturellement.

Enfin, pour éviter le contact de ce tampon avec les anses intestinales, deux points de suture à la soie réunirent sur la ligne médiane la face postérieure de la vessie à la paroi vaginale postérieure. Toilette du péritoine, sutures, pansement. Un peu de fièvre pendant 10 jours, la malade se leva le 22e jour et sortit guérie le 32e.

O. V. PROKOFIEFF. **Deux cas de torsion du pédicule des ovaires kystiques.** — I. — Femme de 35 ans, deux accouchements nor-

maux, mais le dernier suivi de douleurs dans le bas-ventre, restant modérées pendant 12 ans ; depuis quinze jours, ces douleurs s'exaspèrent, surviennent par crises comme des coliques calculeuses d'une violence extrême. Le prof. Ott porte le diagnostic de *torsion du pédicule ovarien droit.* Les ovaires, volumineux déjà en dehors des crises, augmentent nettement pendant leur durée. La laparotomie confirme le diagnostic. Le pédicule droit fait un tour et demi sur lui-même. L'ovaire contient un kyste dermoïde ; celui de gauche est moins volumineux et contient pareillement un kyste dermoïde. Guérison au 17e jour.

II. — Femme de 22 ans, pas de grossesse. Depuis 7 ou 8 mois menstruation troublée ; à la suite d'un effort, il survient une vive douleur dans le bas-ventre à droite ; on y constate la présence d'un kyste de l'ovaire dont le pédicule est supposé tordu. Ovariotomie faite par O. V. Procofieff. Le pédicule faisait deux tours et demi. Guérison en trois semaines.

V. V. Strogonoff. **Imperforation de l'hymen chez une fille de 16 ans.** — Hématocolpos et hématomètre. Incision, désinfection. Les cultures et l'examen direct ont montré que le sang accumulé était *parfaitement stérile.*

M. Wilbouschevitch.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 9 *juillet* 1891.

Budin. 1) **Siphon vide-bouteille.** — Appareil composé d'un bouchon en caoutchouc, traversé par deux tubes d'inégal diamètre et d'inégale longueur. Adapté à une bouteille remplie de liquide, le liquide tend à s'échapper par le tube le plus large, tandis que l'air pénètre par le plus étroit, vient prendre la place du liquide écoulé et favorise l'écoulement. Les dimensions ont été calculées de telle façon que si l'on fixe sur le conduit à eau un tube en caoutchouc long d'un mètre, un litre est vidé en 20 secondes, soit un débit de 3 litres par minute. Cet appareil permet d'obtenir immédiatement un laveur ou un injecteur.

2) **Galactophore** destiné à supprimer les accidents dus au lait qui s'altère en séjournant dans des tubes en caoutchouc, qui ne sont pas absolument propres. L'appareil est basé sur le même principe

que le siphon vide-bouteille; bouchon en caoutchouc traversé par deux tubes d'inégal diamètre; le plus large s'adaptant à la tétine, le plus étroit destiné au passage de l'air. Les dimensions sont combinées de telle manière que l'écoulement ne se fait pas trop rapidement.

DOLÉRIS. **De l'ovariotomie unilatérale.** — L'auteur estime qu'on se laisse trop facilement aller à enlever le second ovaire, quand on a été conduit à en enlever un qui, lui, était réellement malade. On se préoccupe trop, d'une manière générale, de la possibilité d'une récidive. Il est des chirurgiens qui, s'exagérant cette tendance à la récidive, même quand il s'agit de simples kystes de l'ovaire, extirpent le second ovaire sous prétexte de la prévenir. Il y a là abus! Ainsi le témoignent certaines observations dans lesquelles il a vu, plus ou moins de temps après une ovariotomie unilatérale, la grossesse survenir. En résumé, quand on a été conduit à extirper un ovaire, il faut tenir compte de deux choses dans l'appréciation de ce qu'il reste à faire. S'agit-il d'une dégénérescence maligne, suspecte, de l'ovaire enlevé, comme dans ce cas, la récidive sur l'autre ovaire a beaucoup de chances pour se produire, il est prudent d'extirper aussi celui-ci. D'autre part, il est évident qu'on procédera aussi à cette extirpation au cas où le second ovaire serait lui-même plus ou moins dégénéré.

Discussion. BUDIN fait remarquer que la conduite recommandée par Doléris, a été déjà suivie par nombre de chirurgiens. Spencer Wells et d'autres auteurs, ont rapporté des cas dans lesquels la grossesse était survenue malgré l'extirpation d'un ovaire. Il faut donc respecter un ovaire sain, à titre d'organe reproducteur. Bien plus, Schröder a vu la grossesse survenir après des résections partielles d'ovaires malades. GUÉNIOT, L. CHAMPIONNIÈRE ont observé des faits semblables, grossesses survenant plusieurs années après l'extirpation d'un ovaire malade. Championnière ajoute que, parfois même, cette extirpation de l'organe malade paraît guérir la stérilité antérieure. Il rappelle, aussi, qu'il y a un an la Société de chirurgie s'est occupée de la question soulevée par Doléris, et qu'avec un certain nombre de ses collègues, il a défendu l'ovariotomie unilatérale.

GRESLOU. **Emphysème sous-cutané pendant le travail de l'accouchement.** Au cours d'un travail laborieux, et au moment d'un

effort fait par la parturiente pendant la période d'expulsion, la femme perçut un craquement à la suite duquel elle constata que sa face droite gonflait. Le gonflement envahit le cou et la face gauche, et la palpation révéla la crépitation particulière aux épanchements gazeux. 5 ou 6 jours après, l'emphysème avait disparu. A l'occasion de ce fait, l'auteur rappelle que le pronostic de cette complication, rare, du travail varie surtout avec le siège de la solution de continuité survenue dans les voies aériennes.

Ainsi, la perforation au niveau du larynx et de la trachée comporte, en général, un pronostic bénin. Au contraire, il devient grave lorsque la déchirure se fait au niveau des vésicules pulmonaires.

LUTAUD, au nom du Dr Gehrund (de St-Louis) communique un travail : **Sur le traitement électrolytique des tumeurs fibreuses par l'électrode tubulaire et l'irrigation.** — Le détail essentiel de ce mode de traitement consiste en ce qu'on aborde la tumeur à l'aide d'un trocart muni d'une canule. Le trocart introduit, on lui adapte l'électrode négative, et l'on fait passer de suite dans la tumeur un courant variant de 50 à 100 milliampères, et d'une durée de 5-20 minutes. La séance terminée, on retire le trocart, mais la canule reste en place, ce qui a le double avantage : 1° de permettre l'évacuation des gaz et liquides résultant de la décomposition électrolytique ; 2° de permettre de répéter les applications électrolytiques, sans nécessité de nouvelles ponctions.

BERLIN (Nice). Nouvelle observation de **début spontané de l'accouchement avant l'introduction de la sonde, dans un cas où l'on avait résolu de provoquer l'accouchement**. Cas analogue à ceux cités par Lefour et Labusquière.

VERRIER lit un rapport sur un cas de **fibrome volumineux de la paroi interne de l'utérus enlevé par morcellement.**

NITOT. **Un cas d'utérus bifide atteint de métrite simulant une tumeur salpingienne juxta-utérine.** — Les faits de ce genre sont rares. Ils sont la plupart du temps le point de départ d'erreurs de diagnostic. Les observations communiquées récemment par le Dr Jouin, et celle-ci le prouvent. Dans le cas actuel, il s'agit d'un utérus bifide, les deux cavités utérines étant complètement distinctes. Les 2 cols sont séparés par un sillon profond d'environ

2 centimètres. De ce sillon part une cloison qui aboutit à la vulve, et qui divise le vagin en 2 canaux distincts, le droit, le seul actif, large, le gauche très étroit, et bordé à la vulve par un repli saillant, frangé, faisant l'office d'hymen.

Du côté droit, le col est rouge et, autour de l'orifice élargi, la muqueuse cervicale herniée forme un ectropion, compliqué de catarrhe muco-purulent. Du côté gauche, col indemne de toute lésion. Comme la femme se plaignait de douleurs abdominales, qu'on avait d'abord constaté de la métrite et simultanément l'existence à gauche de l'utérus d'une masse douloureuse, on avait conclu à de la salpingite et péri-salpingite et fait ressortir la nécessité de la laparotomie. C'est alors, que le Dr Nitot, consulté, reconnut l'anomalie utérine et constata que la soi-disant salpingite n'était autre chose que l'utérus gauche méconnu. *Conclusions :* 1) Possibilité de confondre un utérus bifide atteint de métrite d'un côté avec une tumeur salpingienne; 2) nécessité d'avoir présent à l'esprit ce vice de conformation, quand il s'agit surtout de proposer l'opération de la laparotomie pour une tumeur des annexes juxta-utérines; 3) utilité qu'il y a de pratiquer alternativement le toucher des deux mains, puisque c'est en le pratiquant que le hasard a permis de rectifier un diagnostic inexact; 4) localisation de l'inflammation dans l'organe qui a été seul exposé aux contages extérieurs.

R. L.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Balp. *Etude sur la cavité de Retzius et les ligaments larges*, Lyon, 1890. — **Heitzmann.** *Compendium der Gynäkologie.* Wien, 1891. — **Lowers.** *A practical text-book of the diseases of women.* London, 1891. — **Lindblom.** Beobachtungen über Veranderlichkeit in der weiblichen Beckenorganen (Observations sur la mobilité dans les organes du bassin féminin). *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1891, Bd XXII, Hft I, p. 85. **Mangiagalli (L.).** Rendi conto statistico del comparto ostetrico ginecologico dell' ospedale Maggiore di Milano. *Annali di Ost. e Ginec.* Milano, avril 1891, p. 297. — **Sutton.** The glands of the Fallopian tube. *Tr. Obst. Soc. Lond.*, 1890, 1891, XXXII, 189-194.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — **Ashton.** The technique of pelvic surgery. *Med. News*, Philad., 1891, t. LVIII, 658. — **Bac-**

ker. Beitrag zur Wirkung des galvanischen Stromes auf die Fibromyome der Gebärmutter. *Cent. fur Gyn.*, 1891, n° 28, p. 586. — **Baldy (M.)**. Minor uterine surgery. *Medical News*, Philad., 16 mai 1891, t. LVIII, p. 541. — **Horatio R. Bigelow**. Surgery or electricity in gynecology. *Medical News*, Philadelphia, 18 avril 1891, t. LVIII, p. 434. — **Delagenière**. Du plan incliné dans certaines laparotomies ; huit cas. *Progrès méd.*, 1891, XIII, 206, 225. — **Engelmann**. Fundamental principles of gynæcological electro-therapy ; application and dosage. *J. Electrother*, N.-Y., 1891, IX, 35, 51. — **Prochownick-Spaeth**. Ueber die Wirkung des constanten Stromes auf die Gebärmutter. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1891, Bd XXII, Hft I, p. 72. — **Treub**. De indicate des ovariotomie en der myomotomie. *Geneesk. Courant*, Tiel, 1891, XLV, n° 15. — **Gertrude W. Van Pelt**. Notes on five cases from Dr Apostoli's clinic in Paris. *Boston med. and Surg. Journ.*, 19 mars 1891, vol. CXXIV, p. 283.

VULVE ET VAGIN. — **Erols**. Contributio to pathology of bleeding from the genitals of female neonati. *Pest. med. chir. Presse*, Budapest, 1891, XXVII, 317. — **Habit**. Zur Casuistik der Fremdkorper in der Vagina. *Wien. med. Presse*, 1891, XXXII, 373. — **Kalustow**. Ein Fall von primärem Scheidensarcome. *Arch. f. Gyn.* Bd XL, Hft 3, p. 499. — **Meyer**. Zur Aetiologie des Scheidenkrebses. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1891. Bd XXII. Hft 1, p. 179. — **Steven**. Case of acute, rapidly fatal, general peritonitis in a child, associated with vulvo-vaginal catarrh. *Lancet*. Lond., 1891, I, 1194.— **Taylor**. Cases of lesions of the genitals, female and male. *J. Cutan. and Genito-Urin. Dis.*, N-Y. 1891, IX, 201-206. — **Cholmogoroff**. Ein Fall von Heilung der Pruritus vulvæ durch den konstanten Strom. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 29, p. 612. — **Viatte**. Klinische und histologische Untersuchungen über Lupus Vulvæ. *Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd XL, Hft 3, p. 474.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS. PÉRINÉORRHAPHIE. — **Boldt**. The treatment of posterior displacements of uterus with the utero-vaginal ligature. *Medic. News*, Philad., 25 avril 1891, p. 58, t. 453. — **Cleveland**. Perineorraphy ; a plea for immediate repair ; with the description of a new method of suturing. *Med. Rec.*, N.-Y., 1891, XXXIX, 193. — **Fehling**. Ueber mechanische und operative Behandlung der Rückwartslagerungen der Gebärmutter. *Corresp. Bl. f. Schweiz. Aertze*. Basel, 1891, XXI, 298. — **Garrigues**. So-called laceration of the Perineum. *Medical News*, Philad., 25 avril, 1891, t, 58, p. 454. — **Hage**. *Ventrofixatio uteri*. Leiden, 1890. **Newman**. The remote results of shortening the round ligaments for uterine displacements by the new direct method. *N. Orl. M. and S.-J.*, 1890-91, XVIII, 749. — **Rouffart** *Hystéropexie et cystopexie*. Brux., 1890. — **Schultze**. Zur Therapie hartnäckiger Retroflexionen der Gebärmutter. *Cor. Bl. d. alg. ärztl. Ver. v. Thuringen*. Weimar, 1891, XX, 1 ; 66. — **Vulliet et Lutaud**. Traitement chirurgical du prolapsus de l'utérus et du vagin ; périnéorrhaphie ; colpo-périnéorrhaphie. *Gaz. de gyn.* Par., 1891, VI, 65, 81, 97.

MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Carpenter**. Rapid dilatation and curetting. *J. Am. M. Ass.* Chicago, 1891, XVI, 839-844. — **Dörfler**. Die intra-uterine Chlorzinckätzung bei Behandlung der chronischen Metritis und Endometritis. *München. med. Wchnschr.*, 1891, XXXVIII, 219. — **Hebb**. Gangrene of uterus. *Tr. Path. Soc.*

Lond., 1889-90, XLI, 202. — **Herman.** Specimens from a case of purulent senile endometritis. *Tr. Obst. Soc. Lond.* (1890), 1891, XXXII, 196-198. — **Johannsen.** Ueber Stenose des aüssern Muttermundes. *St-Petersb. med. Wchnschr.*, 1891, VIII, 93-95. — **Lubarsch.** Ueber die intrauterine Uebertragung pathogener Bakterien. *Arch. f. path. Anat.*, etc., Berl., 1891, CXXIV, 47. — **Massey.** Electricity versus trachelorraphy in metritis with lacerations of the cervix. *Ann. Gynæc. and Pædiat.*, Philad., 1890-91, IV, 169. — **Mitchell (H.-W.).** Practical results of the operation for lacerated cervix uteri. *Med. Rec.*, N.-Y., 1891, II, 705. — **Pichevin.** Du curage explorateur. *Méd. mod.*, Par., 1891, II, 418. —**Schaeffer.** Die Behandlung der Endometritis mittels Chlorzinkstifte. *Berl. klin. Wchschr.*, 1891, XXXVIII; 413.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Baldy (Montgomery).** Uterine myomata. *Medical News*, Philad., 13 juin 1891, t. LVIII, p. 666.— **Boiffin.** Quelques remarques sur le traitement du pédicule par la ligature élastique perdue dans l'hystérectomie abdominale. *Mercredi méd.*, Par., 1891, II, 137. — **Bompiani.** Contributo clinico alla cura chirurgica dei fibriomomi dell'utero. *Riv. di Ostet. e Ginecol.*, Torino, 1891, II, 1 ; 17 ; 33 ; 49. — **Brewis.** On the operative treatment of cancer of the cervix Uteri ; with a successful case of vaginal hysterectomy. *Edinb. M. J.*, mai 1891, p. 1002. — **Casini.** Sarcoma dell' utero ; isterectomia, peritonite : morte. *Giorn. internaz. d. sc. med.*, Napoli, 1890, XII, 801-803. — **Chrobak.** Zur Exstirpatio Uteri myomatosi abdominalis. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 35, p. 713..— **Coe (Henry C.).** Adenoma uteri. *Amer. J. of the med. Sc.*, Philad., 1891, II, 109. — **Cullingworth.** Four cases of vaginal hysterectomy. *Tr. Obst. Soc. Lond.* 1890, 1891, XXXII, 141. — **Cushing.** Vaginal hysterectomy for cancer ; report of twenty-one cases, with nineteen recoveries. *Boston M. and S. J.*, 1891, CXXIV, 547. — **Dakin.** Sarcomatous uterus removed by vaginal hysterectomy. *Tr. Obst. Soc. Lond.*, 1890-1891, XXXII, 139. — **Doran.** Myoma of the uterus becoming sarcomatous. *Tr. Path. Soc. Lond.*, 1889-90, XLI, 206-212. — **Dsoine.** Fibromyoma colli uteri submucoso ; kolpomyomotomia ; Heilung. *St-Petersb. med. Wchschr.*, 1891, VIII, 157-159. — **Engel.** Die vaginal-extirpation des carcinomatösen Uterus. *Pest med. chir. Presse*, Budapest, 1891, XXVII, 491. — **Engelmann.** Beitrag zur Behandlung der Fibromyome der Gebärmutter. *Deutsch. med. Wchsch.*, Leipz., 1891, XVII, 674-676.—**Gattorno.** Un caso particolare di fibromioma sottomucoso dell' utero. *Riv. di Ostet. e Ginecol.*, Torino, 1891, II, 69. — **Girard.** Hystérectomie totale supra-vaginale et ovariotomie droite pour cystomyôme de l'utérus. *Dauphiné méd.*, Grenoble, 1891, XV, 47. — **Herman.** Case of cancer of upper part of cervix extending into body of uterus, wiht very little disease to be seen or felt by the vagina ; vaginal histerectomy ; recovery, recurrence of disease; death thirteen months afterwards. *Tr. Obst. Soc. Lond.*, 1890. 1891, XXXII, 137-139. — **Homans (John).** The treatment of fibroid tumors of the uterus after the method of D[r] Apostoli. *Boston Med. and Surg. Journ.*, 19 mars 1891, vol. CXXIV, p. 249 et 280.— **Kaschkaroff.** Ein Fall von Myomo-hysterectomie während der Schwangerschaft mit Hydrammion. *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, Stuttg., 1891, XXI 194. — **Kocks.** Ueber intraperitoneale Stielbehandlung mit versenkten klemmen und die Klemmbehandlung in Allgemein. *Samml. klin. Vort.*, Leipzig, 1891, n° 21. — **Leisse.** Ueber die Endergebnisse der vaginalen Totalexstirpation wegen Carcinom an der Königlichen

Frauenklinik zu Dresden. *Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd XL. Hft 2, p. 261. — **Massey (Betton)**. A Cystic myoma of unusual character treated by electricity and aspiration. *Med. News*, Phil., 28 mars 1891, t. LVIII, p. 350. — **Mendes de Leon**. Beckenhochlagerung bei Totalexstirpation der Gebärmutter. *Cent. f. Gyn.*, Leipz., 1891, XV, 666. — **Rhodes**. Carcinoma uteri with secondary growth in the walls of the heart. *Lancet*, Lond. 1891, I, 832. — **Salin**. Cas de myôme interligamentaire, partant du petit bassin, compliqué de grossesse, extirpation, guérison, *Forh. v. Svens. läk. Sällsk. Sammank.*, Stockholm, 1891, 41-49. — **Solly**. Two cases of cystic myxo-fibroma of uterus. *Tr. Path. Soc. Lond.*, 1889-90, XLI, 204-206. — **Solowij**. Totalexstirpation des Uterus per vaginam wegen Carcinoma des Uterus-korpers. *Cent. f. Gyn.*, 1891, nº 38 p. 769. — **Sutton**. A uterus showing the effects of a gangrenous fibroid. *Tr. Obst. Soc. Lond.*, 1890, 1891; XXXII, 171. — **Sutton G**. Remarks on the surgic. treatm. of fibroid tumors of the uterus. *Med. News.*, Philad., 21 février 1891, LVIII, 210. — **Tannen**, Beitrage zur Statistik, Prognose und Behandlung des Gebärmutter krebses. *München med. Wchnschr.*, 1891, XXXVIII, 285. — **Truzzi**. Laparo-isterectomia sopra-vaginale per miofibroma edematoso uterino. *Annali di Ost. e Ginec.* Milano, mai 1891, p. 409. — **Wild**. Uterine angioma; an undescribed form of uterine polypus. *Med. chron.*, Manchester, 1891, XIV, 21. — **Wilson**. A case of varicose veins of broad ligament. *Med. News*. Phila., 1891, LVIII, 694.

INFLAMMATIONS PÉRIUTÉRINES, AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES TROMPES ET DES OVAIRES. — **Ambrozio**. Idroematocele; operazione Volkmann-Bergmann; guarigione completa in dieci giorni. *Boll. d. clin.*, Milano, 1891, VIII, 97. — **Ashton (William)**. The technique of pelvic surgery. *Medic. News*, Philad., 13 juin 1891, t. LVIII, p. 658. — **Clarke**. Ueber die Wichtigkeit der frühzeitigen Erkenntniss des Pyosalpinx als Ursache der eitrigen Beckenentzundung. *Deutsche med. Wchnschr.*, Leipz., 1891, XVII, 564. — **Coley**. Tubercular Salpingitis, with tubercular peritonitis; laparotomy, death. *N.-Y. Med. J.*, 1891, LIII, 476. — **Corcoran**. Pyosalpinx. *Brooklyn M. J.*, 1891, 448. — **Dekens**. Abdominal section for gonorrhœal salpingitis, with report of a case. *Med. Mirror*, St-Louis, 1891, II, 170. — **Dumont**. Ein Fall von gonorrhoischer Salpingitis durch Laparotomie geheilt. *Cor. Bl. f. schweiz. Aertzte*, Basel, 1891, XXI, 164. — **Guibert**. Des hémorrhagies de l'ovaire. *Gaz. hebd. d. sc. méd. de Montpel.*, 1891, XIII, 133, 146. — **Hellier**. Pelvic abscess and abdominal section. *Lancet*, Lond., 1891, I, 775. — **Jacobs**. Du traitement des salpingites. *Presse méd. belge*, Brux., 1891, XLIII, 61-166. — **Kelly**. Abscess of liver secondary to pelvic abscess of obscure origine. *Glasgow M. J.*, 1891, XXXV, 458. — **Mc Farlane**. Pelvic abscess. *Montreal M. J.*, 1890-91, XIX, 813. — **Mcphatter**. The Treatment of suppuration within the femal pelvis. *Med. News*, Philad., 1891, LVIII, 426. — **Mundé**. Two cases of hemato-salpinx. *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1891, XXIV, 601. — **Ozenne**. Pyo-salpinx ouvert dans le rectum; guérison rapide par la douche d'Hégar. *Rev. obst. et gynéc.*, Paris, 1891, VII, 93. — **Rosthorn**. Ueber Erkrankungen der Eileiter. *Wien. klin. Wchnschr.*, 1891, IV, 245, 268. — **Richelot**. Sur le traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale. *Union méd.*, Paris, 1891, 389. — **Routier**. La castration unilatérale chez la femme; sa valeur.

Méd. mod., Paris, 1891, II, 257. — **Skene**. Notes one the pathology of pelvic inflammations. *Med. News*, Philad., 28 mars 1891, LVIII, 341. — **Skene**. The pathology and treatment of chronic ovaritis. *Med. News*, Philad., 13 juin 1891, LVIII, pag. 654. — **Slavjanski**. — Salpingites et kystes tubaires par rétention. *J. akush. icjensk. boliez.*, St-Petersb., 1891, 1. — **Stark (Henry-S.)**. On the character and types of pelvic inflammations in the femalo. Observations based upon 300 acute cases. *Med. Rec.*, N.-Y., 1891, II, 169. — **Tournay**. Pyosalpinx adhérent à l'intestin et à la paroi postérieure du bassin; laparotomie, guérison. *Presse méd. belge*, Brux., 1891, XLIII, 65. — **Zweifel**. Ueber Pyosalpinx. *Wien med. Bl.*, 1891, XIV, 276, 294, 307.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE. — **Abbott**. Bilateral multiple myofibromata springing from the mesovarium. *Northwest Lancet*, St-Paul, 1891, XI, 185. — **Altabas**. Tumores del ovario; la ovariotomia en Barcelono. *Siglo med.*, Madrid, 1890, XXXVII, 534, 551, 565, etc. — **Baer**. A case of papillary dermoïd tumor of the ovary. *Ann. Gynæc. and Pædiat.*, Philad., 1890-91, IV, 365. — **Baker**. Fibro sarcoma of both ovaries; cœliotomy; recovery. *Boston Med. and Surg. Journ.*, 2 avril 1891, CXXIV, 335. — **Bagot**. Fibro-myoma of the ovary. *Tr. Roy. Acad. M. Ireland*. Dubl, 1890, VIII, 322. — **Burt (Frank L.)**. Papilloma of the ovary (double) disseminated extensively over the peritoneum. Operation. Recovery. *Med. Rec.*, N.-Y., 1891, II, 331. — **Coley**. Cystic tumors of the ovary; complicated cases. *N.-Y. M. J.*, 1891, LIII, 442. — **Coley**. Acute septic peritonitis dependent on suppurating adenoma of the ovary; abdominal section; death. *N. York M. J.*, 1891, LIII, 478. — **Dodge**. An ovarian cyst associated with pregnancy. *Physician and Surg.*, Detroit and Arbor, 1891, XIII. 252. — **Kollock**. Intra-ligamentous ovarian cystoma. *Ann. Gyn. and Pædiat.*, Phil., 1890-91, IV, 531. — **Leriche** Observations et réflexions pratiques sur l'ovariotomie. *Lyon méd.*, avril 1891, p. 539. — **Ludlam**. Cysto-sarcoma of both ovaries, double ovariotomy. *Clinique*, Chicago, 1891, XII, 202. — **Michnoff**. Case of primary cancer of the Fallopian tube. *Meditsina*, St-Petersb., 1891, III, 181. — **Parona**. Caso di lipoma all-ovaia ed ovidotto di dextra. *Ann. di Ostet.*, Milano, 1891, XIII, 103-105. — **Pfannenstiel**. Die Genese der Flimmerepitheliel Geschwülste des Eierstockes. *Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd XL, Hft 3, p. 363. — **Riedinger**. Ovariotomie und Blasenverletzung. *Prag. med. Wchnsch.*, 1891, XVI, 196. — **Rubèska**. Sur la complication des tumeurs malignes des ovaires avec cancers primaires des autres organes abdominaux. *Sborn. Lek. v. Praze*, 1891, IV, 161. — **Walker**. Papillomatous cystoma of the ovary. *J. Am. M. Ass.* Chicago, 1891, XVI, 874.

ORGANES URINAIRES. — **Almasoff** On periurethral glands in Women. *Med. Sbornik*, Tiflis, 1890, p. 2, 11, — **Cambell**. Vesico-vaginal fistula; the calculous diathesis and uretero-vaginal fistula complicating it; an original expedient in the operative treatment of the latter. *Virginia M. Month*, Richmond, 1891-92, XVIII, 34. —**Franc** De la méthode américaine dans le traitement chirurgical des fistules vésico-vaginales. *J. d. sc. méd.* Lille, 1891, I, 391. — **Hirst**. Utilization of the cervix in operation for vesico-vaginal fistula. *Ann. Gyn. and Pædiat.*, Phila., 1890-91, IV, 365.— **Mc Mordie**. Two cases of retention of urine caused by the pressure of pelvic tumours and

followed by suppression. *Lancet*, Lond., 1891, I, 987. — **Pichez**. Observation de corps étranger dans la vessie. *Poitou méd.* Poitiers, 1891, 79. — **Routh**. Urethral diverticula. *Tr. Obst. Soc.*, Lond. 1890, 1891, XXII, 68. — **Santword**. Spontaneous access of bacteria to bladder, and slight vesical incompetence, as causes of cystitis, especially in the female, with remarks on treatment of the resulting diseases. *Med. Rec.*, N.-Y., 1891, XXXIX, 585. — **Swiecicki**. Deuteropathic enuresis from chronic ulcerations of female urethra. *Medycyna*, Warszawa, 1891, XIX, 289, 292. — **Vaton**. Contribution à l'étude du traitement de la cystocèle vaginale. *Gaz. hebd. d. sc méd. de Bordeaux*, 1890, XI, 346, 399, 531, 1891, XII. — **Way**. Case of papilloma of bladder in female; removal by suprapubic cystotomy; cure, *Austral. M. Gaz.*, Sydney, 1890-91, X, 171.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Allen**. Drainage in abdominal surgery. *N. York M. J.*, 1891, LIII, 691 et *Med. Rec.*, N.-Y., 1891, II, 267. — **Bernays**. Some points in the technique of complicated laparotomies and remarks on the causes of the gradually increasing success of the results obtained. *Weekly M. Rev.*, St-Louis, 1891, XXIII. 421. — **Berry Hart**. A first series of twenty completed Abdominal section. *Edinb. med. Journ.*, juillet 1891, p. 31. — **Bozeman (Nathan-G.)**. Recto-abdominal fistula following laparotomy, treated satisfactoring by improved double current irrigation. *Med. Rec.*, N.-Y. 1891, II, 203. — **Duncan**. A series of twenty cases of laparatomy, illustrative of some points in abdominal surgery, including a late successful Loreta's operation. *Austral. M. J.*, Melbourne, 1891, XIII, 188. — **Hubbert**. Laparotomy. *The medical Age*, Detroit Michigan, 25 avril 1891, t. IX, p. 235. — **Lee**. Deductions from forty-seven laparotomies performed between october 1889 and october 1890. *N. Am. J. Homæp.* N.-Y., 1891, VI, 377. — **Montgomery**. Preparation for abdominal section Hernia as a sequel to abdominal section. *Medical News*, Philadelphia, 4 avril 1891, v. LVIII, p. 385. — **Noble**. The after treatment of cases of abdominal section. *Med. and Surg. Reporter*, Philad., 1891, LXIV, 773. — **Pryor (W.-R.)**. The prevention of ventral hernia after abdominal section. *Med. Rec.*, N.-Y., 1891, II, 326. — **Rysdner**. Losning af Omentaladhœrencer gynæk. *Og. obst. Medd.*, Kyobenth., 1891, VIII, 259. — **Smiths (Stephen)**. Opiates in acute peritonitis. *Med. News*, Philad., 30 mai 1891, t. LVIII, p. 597. — **Waitz**. Ein Fall von Pseudomyoma peritonei; Heilung durch Laparotomie. *Deutsche med. Wchnschr.*, Leipz., 1891, XVII, 499.

VARIA (TROUBLES MENSTRUELS, ACCIDENTS NERVEUX, ARRÊTS DE DÉVELOPPEMENT, ETC. — **Bloch**. Sur l'ablation d'ovaires à fonctionnement normal dans le développement rudimentaire des conduits de Müller. *Nord. med. Ark.*, Stockholm, 1891, I, 1. — **Ciccone**. Le malattie dell' utero, la sterilita e la fecondazione meccanica. *Giornale dell. sc. med.* nov., 1890, p. 887. — **Davenport**. Some forms of amenorrhæa and their treatment. *Boston Med. and Surg. Journ.*, 16 avril 1891, v. CXXIV, p. 380. — **Dewees**. Relation of Ginæcology to neurology. *J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1891, XVI, 837. — **Guhman**. A case of double uterus and vagina. *J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1891, XVI, 306. — **Hill**. Parsley in amenorrhæa, *Medical Standard*, Chicago, juin 1891, t. IX, p. 196. — **Jaksch**. Ueber Menstruationanomalien. *Prag. med. Wchnschr.*, 1891, XVI, 207; 221. — **Klein**. Voice in female singers affected by gynecological disorders. *J.*

Am. M. Ass., Chicago, 1891, XVI, 551. — **Murray**. Rectal disease and uterine affections. *Medical Standard*, Chicago, juin 1891, t. IX, p. 195, et *Ann. Gyn. Obst. and Pœdiat.* N.-Y., 1891, VI, 315. — **Strong**. Amenorrhœa clinical report of four cases successfully treated by galvanism. *Boston med. and Surg. Journ.*, 16 avril 1891, v. CXXIV, p. 382. — **West**. Laparotomy for hystero-epilepsy ; return of menstruation, epilepsy, and mental wreck. *Virginia M. Month.*, Richmond, 1891-92, XVIII, 47-50. — **Winckel**. Nervöse Frauen. *Deutsche Rev.*, Breslau u. Berlin, 1891, XVI, 15-29. — **Zacharevski**. Case of congenital hydrometra. *J. akush i. Jensk boliez.*, St-Petersb., 1891, VI, 164-168.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Backer**. Die passiven Geburtsfactoren. *Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd XL, Hft 2, p. 266. — **Gallois**. Sur le mécanisme de l'accouchement normal. *Dauphiné méd.*, Grenoble, 1890, XIV, 289, 1891, XV, 5 ; 31.

ANATOMIE, BACTÉRIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE OBSTÉTRICALE. — **Bonnaire**. Du périnée obstétrical. *Gaz. des hôp.*, 1891, LXIV, 309, 337. — **Gottschalk**. Weitere Studien über die Entwicklung der menschlichen Placenta. *Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd XL, Hft 2, 169. — **Gunsser**. Ueber ein Fall von Tubarschwangerschaft ; ein Beitrag zur Lehre von den Beziehungen zwischen den Chorionzotten und deren Epithel zu dem mütterlichen Gewebe. *Cent. f. allg. Path. u. path. Anat.*, Jena, 1891, II, 225-235. — **Keilmann**. Zur Klarung der Cervixfrage. *Zeitch. f. Geb. u. Gyn.*, 1891, Bd XXII, Hft 1, p. 106. — **Mars**. *Medianschnitt durch die Leiche einer an Uterusruptur verstorbenen kreissenden. Eine anatomische Studie*, Krakau, 1890. — **Richardson**. Measurements of the uterine cavity in childbed. *Tr. Am. Gynec. Soc.*, Phila., 1890, XV, 304-322. — **Schmorl et Birch-Hirschfeld**. Uebergang von Tuberkelbacillen aus dem mütterlichen Blut auf die Frucht. *Beit. z. path. Anat. u. z. allg. Path.*, Jena, 1890, IX, 428-439. — **Segay**. Des modifications organiques produites par la gestation. *J. de méd. de Bordeaux*, 1890-1891, XX, 364, 375. — **Skalkowski**. Ueber das Verhaltniss gewisser Durchmesser des kindlichen und des mütterlichen Schädels. *Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd XL, Hft 2, p. 245. — **Skutsch**. Die praktische Verwerthung der Beckenmessung. *Deutsch. med. Wchnschr.* Leipz., 1891, XVII, 700-702. — **Soffiantini**. Sectio media verticalis anterior posterior per cadaveris Congelationen secto mense graviditatis. *Ann. di ostet.*, Milano, 1891, XIII, 321-323. — **Vigouroux**. *Rôle de la vessie pendant l'accouchement et la délivrance*, th. Paris, 1890.

GROSSESSE. — **Dumas**. Examen de la femme pendant la gestation en vue de l'accouchement. *Gaz. hebd. d. sc. méd. de Montpel.*, 1891, XIII, 109 ; 121. — **Krieg**. *Ueber Extrauterin Gravidität*. Königsberg, 1891. — **Lataste**. Des variations de durée de la gestation chez les mammifères et des circonstances qui déterminent ces variations; théorie de la gestation retardée. *Compt. rend. Soc. de biol.*, Paris, 1891, III, 21-31. — **Le Cudennec**. *Du palper abdominal appliqué à la recherche du volume du fœtus par rapport aux dimensions du bassin*. Paris, 1891. — **Pawlik**. Beitrag zur aüsseren Untersuchung der Schwangeren. *Wien. med. Bl.*, 1891, XIV, 317-319.

DYSTOCIE. — **Ahston.** A successful Porro-Müller operation for malformation of the uterus and vagina. *Med. News*, Philad., 1891, LVIII, 369-371. — **Charles.** Primipare rachitique à 7 mois et quelques jours de sa première grossesse ; bassin de 6 1/2 cent. ; travail prématuré spontané, emploi du ballon Champetier pour obtenir la dilatation du col ; perforation du crâne et extraction à l'aide des doigts ; suites heureuses. *J. d'accouch.*, Liège, 1891, XII, 81-83. — **Galand.** Opération césarienne ; bassin rachitique ; déformation par attitude vicieuse prolongée. *Press. méd. belge*, Brux., 1891, XLIII, 833-837. — **Hermann.** Ueber Verschlingung der Nabelschnüre bei Zwillingen. *Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd XL, Hft 2, p. 253. — **Hirigoyen.** Utérus bicornis ; deux grossesses ; deux présentations du siège, deux enchatonnements du placenta ; guérison. *Rev. obst. et gyn.*, Paris, 1891, VII, 133-136. — **Landsberg.** Ueber Dystokien und die Beziehung der Endometritis zu denselben. *Therap. Monatsch.*, Berl., 1891, V, 178-182. — **Metsane.** Transverse presentation, impacted shoulder ; ante-partum hemorrhage ; rupture of uterus ; death. *Am. J. obst.*, N.-Y., 1891, XXIV, 413. — **Nesle.** Occlusion of the os uteri during four days parturition. *Maryland M. J.*, Balt., 1890-91, XXIV, 517. — **Riedinger.** Fibromyoma colli als Geburtshinderniss. *Prag. med. Wchnschr.*, 1891, XVI, 186-188. — **Tournay.** Présentation céphalo-iliaque gauche de l'épaule droite ; prolapsus du bras ; enfant mort ; brachiotomie, version bipolaire ; application du grand forceps, couches normales. *Clinique*, Brux., 1891, V, 209-211. — **Vilpelle.** *De la conduite à tenir dans les cas de dystocie due aux épaules.* th. Paris, 1891.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Baldy.** Diagnosis and treatment of early ectopic gestation. *Tr. Am. Gynæc. Soc.*, Philad., 1890, XV, 33-61. — **Carsten.** Ueber die Tubenschwangerschaft in den ersten Monaten. *Berlin. Klinik.*, 1891, Hft XXXV, 1-26. — **Fenger.** The vaginal operation in extra-uterine pregnancy. *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1891, XXIV, 418. — **Fenger.** The operative treatment of extra-uterine pregnancy at or near term. *J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1891, XVI, 879-885. — **Johnston.** Discussion of the diagnosis, pathology, and treatment of extra-uterine pregnancy. *Tr. Am. Gynec. Soc.*, Philad., 1890, XV, 25-32. — **Lebedeff.** Du traitement de la grossesse extra-utérine. *Trudi Obsh. Russk. vrach. v. S. Petersb.*, 1891, 36-44. — **Maun.** Discussion on extra-uterine pregnancy. *Tr. Am. Gynec. Soc.*, Phila., 1890, XV, 65-107. — **Muratoff.** Méthodes de traitement de la grossesse extra-utérine. *Dnevnik L. siezdo russk. vrach.*, Moskva, 1891, 256-264. — **Piccinini.** Existi e trattamento della gravidanza tubaria. *Gazett. med. di Roma*, 1890, XVI, 353-359. — **Roberston.** Ectopic gestation. *Lancet*, Lond., 1891, I, 775. — **Rufus B. Hall.** Report of a case of extra-uterine pregnancy. *The Cincinnati Lancet Clinic*, 25 juillet 1891, t. XXVII, p. 110. — **Sebileau.** La grossesse extra-utérine. *Gaz. méd. de Paris*, 1891, VIII, 109, 121. — **Tuttle.** Tubal pregnancy. *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1891, XXIV, 715-722.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Bazzanella.** Drillingsgeburth. Eine Frucht lebend, zwei Fœtus papyracei. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 31, p. 625.

NOUVEAU-NÉ ET FŒTUS. — **Ahlfeld.** *Beitrag zur Lehre vom Uebergang der intrauterinen Athmung zur extrauterinen.* Marburg, 1891. — **Birch-Hirschfeld.** Ueber die Pforten der placentaren Infection des Fœtus. *Beit. z. path. Anat. u. z. allg. Path.*, Jena, 1890, IX, 383-427. — **Dakin.** Dissection of a fœtus, the subject of retroflexion, ectopia

viscerum, etc.; with remark on the frequent association of these abnormalities and its cause. *Tr. Obst. Soc. London* 1890, 1891, XXXII, 200-215. — **Gärtner**. Eine kleine Pneumonieendemie bei Neugeborenen. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 27, p. 561. — **Kelly**. Cephalœmatoma verum externum; subpericranial blood-tumors of the newborn. *Tr. Am. Gynec. Soc.*, Philad., 1890, XV, 270-274. — **Townsend**. Hæmorrhages in the new born. *Boston Med. and Surg. Journal*, 27 août 1891, t. CXXV, p. 218.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Bossi**. Metodo per provocare rapidamente il parto nei casi distocici di grave urgenza. *Gazz. d. osp.*, Napoli, 1891. — **Bompiani**. Quarta operazione cesarea con conservazione dell' utero, madre e figlio salvè. *Riv. di Ostet. e Ginecol.*, Torino, 1891, II, 120-122. — **Fullerton**. Cæsarean section. *Tr. Am. Gynec. Soc.*, Philad., 1890, XV, 378-381. — **Grandin**. The Cæsarean section from the standpoint of relative indication. *Tr. Am. Gynec. Soc.* Philad., 1890, XV, 382-400. — **Meirowitz**. The Cæsarean operation according to Saenger's method; performed by H. C. Coe. *Internat. J. Surg.*, N.-Y., 1891, IV, 101-103. — **Ott**. Trois cas d'opération césarienne. *Vrach*, St-Petersb., 1891, XII, 221, 245. — **Parisot**. Un cas d'embryotomie. *Revue méd. de l'Est*, octobre 1891, p. 577. — **Pinard**. De l'accouchement provoqué. *Méd. mod.*, Paris, 1891, II, 273, 295. — **Poten**. Zur Technik und Prognose des conservativen Kaisernschnittes. *Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd XL, Hft XXXI, p. 511. — **Regnauld**. *Contribution à l'étude de la laparotomie dans la grossesse extra-utérine*. Th. Paris, 1891. — **Præger**. Ein konservativer Kaiserschnitt. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 35, p. 717. — **Sacchi**. Il parto precoce artificiale nelle stenosi pelviche piu communi studiato dal lato storico e con speciale riguardo ai nuovi mezzi di allevamento dei bambini immaturi. *Annal. di Ostet.*, Milano, 1891, XIII, 41, 106, 207, 273. — **Varnier**. De l'embryotomie céphalique. *Rev. prat. d'obst. et d'hygiène de l'enf.*, 1891, juillet, p. 193; août, p. 225; sept. 271. — **Wyman (Hal C.)**. A case of cæsarean section. *Medic. Rec.*, N.-Y., 1891, II, 125.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Batsevich**. *Causes de la septicémie durant les suites de couches*. St-Pétersbourg, 1891. — **Binkley**. A case of puerperal septicemia. *Medical News*. Philadelphia, 20 juin 1891, t. LVIII, p. 689. — **Bonnaire**. De l'hydrorrhée déciduale. *Semaine méd.*, Paris, 1891, XI, 169. — **Bumm**. Histologische Untersuchungen über die puerperale Endometritis. *Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd. XL Hft 3, p. 398. — **Carl**. Ein glucklich verlaufener Fall von Uterusruptur. *Deutsch. med. Wchnschr.*, Leipz., 1891, XVII, 362. — **Coe (H.C.)**. Cœliotomy for rupture of the uterus during labor. *The Boston Med. and Surg. Journal*, 11 juin 1891, t. CXXIV, p. 578. — **Col**. Rupture of the uterus, with prolapse of the intestine; total extirpation; death from shock. *Am. J. of Obst.* N. 7, 1891, XXIV, 587-593. — **Crandall**. Rupture of the uterus, recovery. *Ann. Gynæc. et Pædiat.* Philad., 1890-91, IV, 351. — **Delacroix**. *Étude sur la rupture centrale du périnée en accouchement*. Th. Paris, 1891. — **Duncan**. Rapidly fatal cerebral hæmorrhage occurring in a case of prognancy complicated with multiple fibroïds. *Tr. Obst. Soc. Lond.* 1890, 1891, XXXII, 2-5. — **Durand**. *Étude historique et critique sur la scarlatine puerpérale*. Paris, 1891. — **Edwin Ricketts**. Puerperal peritonitis. *The Cincinnati Lancet Clinic.*, 20 juin 1891, t. XXVI, p. 765. — **Favre**. Ueber puerperal eklampsie *Arch. f. Path. Anat.*, etc., Berlin, 1891, CXXIV, 177-216. — **Favre**

Weitere vorlaufige Mitheilung über Puerperaleklampsie mit Berücksichtigung der dabei vorkommenden Erosiones hæmorrhagicæ ventriculi. *Arch. f. path. Anat.*, Berl., 1891, CXXIII, 628. — **Fenwick.** Hemiplegia following abortion. *Am. J. Obst.* N.-Y., 1891, XXIV. 466. — **Floel.** Geburt komplicirt mit Cervicarcinom, Placenta-prævia und Wehenschwache. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 32, p. 657. — **Hausen.** Cas de version dans les bassins étroits. *Hosp. Tid.*, *Copenh.*, 1801, IX, 193-205. — **Heinricius.** Ein fall von Tetanus puerperalis. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 33, p. 673. — **Hekteorvis.** Death from air in the uterine venis. *Med. Standard*, Chicago, 1891, IX, 135-137. — **Hirst.** Sub-acute arthritis in the child-bearing woman, with special reference to etiology. *Univ. M. Mag.*, Philad., 1890-91, III, 515-518. — **Hurry.** Case of symmetrical erysipelas, followed by premature labour, eclampsia on the nineteenth day post-partum ; twenty eight paroxysms ; no renal disease, recovery. *Tr. Obst., Soc. Lond.* 1890, 1891, XXXII, 309-319. — **Johnston (W.H.).** A rare complication of labor. *Med. Rec.*, N.-Y., 1891, II, 12. — **Kiely.** Albuminuria complicating gestation. *The Cincinnati Lancet-Clinic.*, 8 août 1891, t. XXVII, p. 170. — **Langermeersch.** Metro-péritonite puerpérale, laparotomie, guérison. *Ann. Soc. de méd. d'Anvers*, 1891, LIII, 25-32. — **Meyer.** Die vorzeitige Ablozung der Placenta vom normalen Sitz. *Cor. Bl. f. schweiz Aerzte*, Basel 1891, XXI, 198-205. – **Moore.** Case of puerperal peritonitis, successfully treated by abdominal section and washing out of the abdomen. *Austral. M. J.*, Melbourne, 1891, XIII, 179-185. — **Murray.** Three cases of placenta prævia causing abortion, *Tr. Am. Gynec. Soc.* Phila., 1890, XV, 360-366. — **Napier.** Habitual abortion. *Tr. Obst. Soc. Lond.*, 1890, 1891, XXXII, 389-408. — **Palardy.** Singulier cas d'hémorrhagie interne avant l'acconchement ; décollement du placenta au fond de l'utérus ; mort de l'enfant dans le sein de la mère ; danger pour la mère. *Union méd. du Canada*, Montréal, 1891, 239-242. — **Salter.** Case of puerperal fever commencing nine days after delivery. *Lancet*, Lond., 1891, I, 657. — **Selby.** Puerperal mania. *Weekly M. Rev.*, St-Louis, 1891, XXIII, 281. — **Skene.** Injuries to the ureteres during labor. *Tr. Am. Gynec. Soc.*, Philad., 1891, XV, 149. — **Slechta.** Ueber Uterusrupturen. *Wien. med. Bl.*, 1891, XIV, 305, 333, 351. — **Ter-Grigoriantz.** Puerperales Hämatom unter der Douglas'schen Falten. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 37, p. 754. — **Thomas.** Morbid states due to parturition. *Ann. Gynæc. and Pædiat.*, Phila., 1890-91, IV, 385-392. — **Tornéry** et **Durand.** *La rougeole et la scarlatine dans la grossesse et les suites de couches.* Paris, 1891. **Varnier.** Gerçures, lymphangites et abcès du sein chez les nourrices, *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enfance* sept. 1891, p. 257. — **Ward.** Hyperemesis gravidarum. *Med. News*, Philad., 1891, LVIII, 406-409. — **Wilson.** A report of two cases of symptomatic dermatitis in the puerperal state. *Ann. Gynæc. et Pædiat.*, Philad., 1890-91, IV, 493-498. — **Wilson.** Uterine moles and their treatment. *Ann. Gynæc. et Pædiat.*, Phila., 1890-91, IV, 469-473. — **Worrall.** Ectopic gestation complicating normal pregnancy ; abdominal section ; recovery. *Med. Press and Circ.*, Lond., 1891, LI, 296.

THÉRAPEUTIQUE ET ANTISEPSIE. — **Anufrieff.** De l'application du sublimé corrosif dans la pratique obstétricale. *Russk. Med.*, St-Pétersb., 1891, XV, 5, 25, 41, 71. — **Archibald Dixon.** The present status of antiseptics in Midwifery. *The Cincinnati Lancet Clinic.*, 20 juin 1891, t. XXVI, p. 755. — **Bordè.** Il metodo Massarenti nella cura dei

processi puerperali. *Bull. d. sc. med. di Bologna*, 1891, 138-158. — **Börner**. Zur Aetiologie und Therapie der Wehenschwäche älterer Primiparen. *Samml. klin. Vort.* Leipzig., 1891, nº 18. — **Emery**. An improved method of managing the cord in prolapsed funis. *Brooklyn M. J.*, 1891, V, 317-323. — **Everke**. Ueber die Behandlung der Placenta prævia. *Therap. Monatsh.*, Berl., 1891, V, 135-138. — **Fürst**. *Vorkehrungen zur Erreichung der Asepsis bei Geburten in Allgemeinverständlicher Darstellung.* Stuttgart, Enke, 1890. — **Hofheinz**. Ueber die Behandlung von Uterusrupturen. *Deutsch. med. Wochnschr.*, Leipz., 1891, XXVII, 738. — **Hubert**. Les antiphlogistiques et les antiseptiques dans la fièvre puerpérale. *Rev. méd.*, Louvain, 1891, X, 49-60. — **Leopold et Goldberg**. Ueber die Entbehrlichkeit der Scheiden Ausspülungen und Auswaschungen bei regelmärssigen Geburten und über die gröestmagliche Verwerthung der äusseren Untersuchung in der Geburtshülfe. Funfter Beitrag zur Verhutung des Kindbettfiebers mit einem Rückblicke auf das Jahr 1890. *Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd XL, Hft 3, p. 439. — **Parsenow**. Beitrag zur Blutstillung bei Cervixrissen post-partum. *Cent. f. Gyn.*, 1891, nº 27, p. 567. — **Roland**. Avortement au troisième mois, septicémie puerpérale; fibrome interstitiel volumineux énucléé par débridement interne, guérison. *Loire méd.*, St-Etienne, 1891, X, 73-76. — **Marshall**. A case of puerperal septicœmia simulating tiphoïd fever. *Phila. Hosp. Rep.*, 1890, I, 196-199. — **Méola**. L'auto-infezione in ostetricia. *Arch. internaz. d. spec. med. chir.*, Napoli. 1891, VII, 97-99. — **Santvoord (R. Van)**. The pathology of the eclampsia and albuminuria of pregnancy. *Med. Rec.*, N.-Y 1891, II, 197. — **Swaney**. Retained placenta in miscarriage; how shall we treat such cases? *South. Pract.*, Nashville, 1891, XIII, 187-192. — **Swiecicki**. Contribution au traitement de la fièvre puerpérale. *Przegl. lek.*, Krakow, 1891, XXX, 50-52. — **Veit**. Zur Prophylaxe des Puerperalfiebers. *Berl. klin. Wochnschr.*, 1891, XXVIII, 467-470.

VARIA. — **Ehlers**. Zur geburtshilflichen Statistik. *Cent. f. Gyn.*, 1891, nº 39, p. 785. — **Farabeuf** et **Varnier**. *Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements; anatomie; présentation et positions; mécanisme, toucher, manœuvres; extraction du siège; version, forceps. Préface de M. le prof. Pinard*, in-8º grand jésus de 470 pages, avec 362 figures. Paris, G. Steinheil, 1891. — **Fraipont** et **Delbœuf**. Accouchement dans l'hypnotisme. *Rev. de l'hypn. et psych. physiol.*, Paris, 1890-91, V, 289-298. — **Kehrer**. *Lehrbuch d. operativen Geburtshülfe.* Stuttgart, 1891. — **Lange**. *Vademecum der Geburtshülfe für Studirende und Arzte.* Königsb., 1891. — **Martin**. *Lehrbuch der Geburtshilfe*, Wien, 1891. — **Mc Kee**. Notes on obstetrics and gynecology. *The Cincinnati Lancet Clinic*, 4 juillet 1891, t. XXVII, p. 9. — **Schröder**. *Lehrbuch der Geburtshilfe mit Einschluss der Pathologie der Schwangerschaft und des Wochenbettes.* Bonn, 1891. — **Worcester**. A second serie of two hundred cases of Midwifery. *Boston med. and Surg. Journal*, 9 juillet 1891, t. CXXV, p. 28.

BIBLIOGRAPHIE

Clinique chirurgicale, par M. Trélat. Paris, J. B. Baillière, 1891.

Le professeur Trélat, en mourant prématurément, n'avait laissé que des travaux disséminés çà et là. Ses élèves ont eu la pensée pieuse de réunir en deux volumes un certain nombre de ses cliniques, permettant ainsi de retrouver facilement les principales idées de ce maître aimé entre tous. On y retrouve l'élégance, la précision et la clarté qui caractérisaient ses leçons. Nos lecteurs ont déjà pu apprécier quelques-unes d'entre elles qui avaient paru dans les *Annales ;* telles, celles sur les prolapsus génitaux, l'influence du traitement de la métrite sur les complications inflammatoires péri-utérines, etc. On y trouvera traitées une bonne partie des maladies des femmes (épisiorrhaphie, périnéorrhaphie, fistules génito-urinaires, cancer du col, métrites, corps fibreux, etc.), la gynécologie ayant, pendant les dernières années de sa vie, constitué une des études favorites du professeur Trélat.

Manuel des maladies des femmes, par A. Lutaud, 2e édit., Paris, Lecrosnier et Babé, 1891.

Cette deuxième édition du manuel des maladies des femmes de Lutaud n'est pas une simple réimpression. La grande extension prise dans ces dernières années par les interventions chirurgicales obligeait l'auteur à s'étendre plus qu'autrefois sur les opérations gynécologiques. C'est ce qu'il a fait, cherchant autant que possible à éclaircir ses descriptions par de nombreuses figures. Un mémento formulaire termine l'ouvrage. Bien que destiné à ne rendre que peu de services aux gynécologistes de profession, ce manuel sera utile aux praticiens ordinaires qui doivent nécessairement limiter leurs interventions à la petite gynécologie.

De l'amputation sous-vaginale du col suivant le procédé de Schrœder, par Paul Petit. Clermont (Oise), 1891.

Après une étude rapide des indications opératoires de l'opération de Schrœder, l'auteur décrit longuement la technique opératoire, le pansement et les soins consécutifs.

Le Gérant : G. Steinheil.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Novembre 1891

TRAVAUX ORIGINAUX

PREMIERS DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES INJECTIONS DE SÉRUM DE CHIEN PRATIQUÉES CHEZ LES ENFANTS NOUVEAU-NÉS ISSUS DE TUBERCULEUSES OU NÉS EN ÉTAT DE FAIBLESSE CONGÉNITALE.

PAR **A. Pinard**, professeur de Clinique d'accouchements à la Faculté de médecine de Paris (1).

Après avoir lu les travaux de MM. C. Richet et Héricourt, après avoir constaté les résultats obtenus par ces expérimentateurs sur les animaux traités par le sérum de chien, je pensai que cette méthode pourrait être appliquée chez les enfants nouveau-nés issus de tuberculeux, soit comme traitement curatif pour ceux qui pensent que les enfants naissent avec le bacille, soit comme traitement prophylactique pour ceux qui croient que les enfants naissent simplement prédisposés à la tuberculose. Je priai alors mon ami le professeur Charles Richet de m'initier aux détails de la pratique et de me prêter sa collaboration pour les premières injections.

Le 5 mars 1891 il vint dans mon service où j'avais deux enfants nés avant terme de mères tuberculeuses, et pratiqua sur

(1) Communication faite au Congrès de la tuberculose.

chacun d'eux une première injection d'un centimètre cube de sérum de chien. Ces injections furent ensuite pratiquées par moi ou mes collaborateurs. Ignorant les réactions qui pourraient se produire sur un terrain semblable, nous avons tout d'abord procédé avec prudence, pour ne pas dire avec timidité.

Après avoir observé que la première injection avait été très bien supportée par les deux enfants, qu'elle n'avait déterminé aucun phénomène fâcheux, ni local ni général, je pratiquai sept jours après une deuxième injection également d'un centimètre cube de sérum, cinq jours après une troisième, deux jours après une quatrième.

Je n'entrerai pas ici dans les détails de ces observations que l'on trouvera consignées à la fin de cette note, je me borne à exposer les faits suivants :

1° Les mères de ces deux enfants étaient au moment de leur accouchement à la dernière période de la cachexie tuberculeuse, l'une est morte le 9e jour et l'autre le 17e après l'accouchement. L'autopsie a démontré l'existence de la tuberculose pulmonaire et l'absence de toute autre maladie.

2° L'un de ces enfants reçut quatre injections de sérum de chien, l'autre cinq, et aucun accident résultant des injections ne fut constaté sur l'un deux.

3° De ces deux enfants l'un, l'enfant T., pesait au moment de sa naissance, le 26 février, 2600 gr ; à sa sortie de mon service le 26 mars il pesait 2680 gr., après être tombé le 3e jour de sa naissance à 2430 gr.

L'autre, l'enfant B., pesait au moment de sa naissance 1530 gr. et à sa sortie de mon service il pesait 1520 gr., après être tombé à 1210 gr. le 9e jour de sa naissance.

Il faudrait être dénué, je ne dirai pas d'esprit scientifique, mais de tout sens commun pour songer à tirer une conclusion quelconque de ces deux faits au point de vue du traitement de la tuberculose.

Ce n'est pas avec deux enfants suivis pendant un mois, mais avec cinquante suivis pendant cinquante ans, qu'on

sera autorisé à formuler une conclusion au point de vue de l'efficacité du traitement.

Mais il est un fait qui nous a frappé par sa constance dans la plupart de nos observations : c'est l'action bienfaisante immédiate produite chez l'enfant après chaque injection.

Cette action est manifeste, elle augmente la vitalité de l'enfant. Il est probable que le sérum constitue pour le nouveau-né en état de faiblesse congénitale un excitant de la nutrition et c'est pour cette raison que j'ai pris depuis quelques mois la détermination de soumettre tous les enfants pesant moins de 2000 grammes, quelle que soit leur origine, aux injections de sérum.

De plus, non seulement j'ai augmenté la dose de chaque injection qui de 1 centim. cube a été portée à 2 centim. cubes, mais encore je fais à l'heure actuelle à chaque enfant des injections plus nombreuses et plus fréquentes. C'est ainsi qu'un enfant dont je relate l'histoire dans mes observations a reçu en 41 jours 25 injections de 2 centim. cubes.

J'ai soumis à ce traitement depuis le 5 mars jusqu'à aujourd'hui 21 enfants ; 4 sont morts, ils pesaient au moment de leur naissance 1700, 1600, 1590, 1310 grammes, — 17 sont vivants ou du moins étaient vivants au moment où ils ont quitté mon service.

Cette proportion est plus considérable que celle que nous avions jusqu'alors.

Assurément je ne puis à l'heure actuelle dire exactement à quelle dose il convient d'injecter le sérum de chien chez les nouveau-nés, quels doivent être le nombre et la fréquence de ces injections pour que celles-ci puissent donner leur maximum d'action, j'ignore également la dose qui ne doit pas être dépassée.

Une plus longue expérience est indispensable pour résoudre toutes ces questions. Mais il n'est pas téméraire de penser qu'à la couveuse et au gavage préconisés avec tant de succès par mon maître, M. Tarnier, pour l'élevage des enfants nés avant terme est venu s'adjoindre un auxiliaire puissant.

Et je crois qu'il est établi suffisamment :

1° Que les injections de sérum de chien pratiquées chez le nouveau-né avec les précautions antiseptiques voulues et avec les doses employées jusqu'à ce jour ne déterminent pas d'accidents.

2° Que les injections de sérum de chien constituent pour le nouveau-né en état de faiblesse congénitale un tonique puissant.

Quant à déterminer de quelle façon le sérum agit, il est difficile de dire si *c'est directement* ou *indirectement.*

OBSERVATIONS

Obs. I. — Virginie C..., âgée de 26 ans, est atteinte de tuberculose pulmonaire à la troisième période. —Trois grossesses antérieures.

Les deux premiers enfants sont venus à terme et vivants. Le troisième enfant est né à huit mois et est mort 14 jours après sa naissance d'athrepsie.

Grossesse actuelle. Dernières règles le 24 août 1890.

Le 3 mars 1891, à 7 heures du soir, cette femme entre à la clinique Baudelocque. A 7 heures 40 minutes, le même soir, elle expulse un fœtus du sexe masculin qui pèse 1530 grammes.

Dès le lendemain de son accouchement la température de la malade s'élève vers le soir à 40°. — Jusqu'au vingtième jour la température continue à être aussi élevée. La femme est alors transportée à l'hôpital Necker dans un service de médecine, où elle meurt quelques jours après son entrée.

L'enfant est placé dans une couveuse dès le jour de sa naissance.

3 mars	1530 grammes
4 —	1450 —
5 —	1410 —

Le 5 mars, M. le professeur Ch. Richet fait à l'enfant une injection d'une demi-seringue de sérum de chien.

6 mars.......	1330 grammes	10 mars	1270 grammes
7 —	1330 —	11 —	1240 —
8 —	1310 —	12 —	1210 —
9 —	1300 —		

Le 12 mars, M. le professeur Pinard fait une deuxième injection d'une demi-seringue de sérum de chien. L'enfant a des selles vertes.

13 mars.......	1220 grammes	16 mars.......	1240 grammes
14 —	1225 —	17 —	1265 —
15 —	1230 —		

Le 17 mars, une troisième injection est faite à l'enfant.

18 mars.......	1275 grammes
19 —	1300 —

Le 19 mars, une quatrième injection est faite.

20 mars.......	1300 grammes	27 mars.......	1410 grammes
21 —	1305 —	28 —	1420 —
22 —	1315 —	29 —	1440 —
23 —	1335 —	30 —	1480 —
24 —	1350 —	1 avril......	1490 —
25 —	1375 —	2 —	1500 —
26 —	1395 —	3 —	1510 —

Le 3 avril, on fait à l'enfant une cinquième injection.

4 avril.......	1510 grammes
5 —	1520 —

Le 6 avril, l'enfant quitte la clinique Baudelocque. Il est confié par son père à une nourrice qui doit l'élever au sein.

Obs. II. — X..., primipare, atteinte de tuberculose pulmonaire à la dernière période, accouche à huit mois d'un enfant vivant, du sexe masculin, qui pèse 2700 grammes et qui a une longueur de 46 centimètres. — La mère meurt 17 jours après son accouchement.

Poids de l'enfant :

26 février.....	2600 grammes	2 mars.......	2470 grammes
27 —	2460 —	3 —	2460 —
28 —	2430 —	4 —	2470 —
1er mars.......	2460 —	5 —	2480 —

Le 5 mars, une première injection de 1 centimètre cube de sérum de chien est faite par M. le professeur Ch. Richet.

6 mars.......	2460 grammes	10 mars......	2490 grammes
7 —	2470 —	11 —	2505 —
8 —	2525 —	12 —	2520 —
9 —	2500 —		

Le 12 mars, une deuxième injection d'une demi-seringue de sérum de chien est faite à l'enfant.

13 mars......	2530 grammes	16 mars......	2530 grammes
14 —	2520 —	17 —	2560 —
15 —	2510 —		

Le 17 mars, on fait une troisième injection d'une demi-seringue.

18 mars 2580 grammes.
19 — 2585 —

Le 19 mars, on fait une quatrième injection.

20 mars......	2620 grammes	23 mars......	2670 grammes
21 —	2650 —	24 —	2670 —
22 —	2630 —	25 —	2680 —

Le 26 mars, l'enfant est porté aux Enfants-Assistés.
Elevé par une nourrice il avait toujours bien pris le sein.

Obs. III. — L..., secondipare, accouche à sept mois d'un enfant vivant, du sexe masculin, qui pèse 1800 grammes et qui mesure 44 centimètres.

Depuis le jour de sa naissance jusqu'au jour de son départ l'enfant est mis dans la couveuse. On lui donne des bains de vin aromatique et on lui fait deux fois par jour des frictions avec le baume nerval.

Poids de l'enfant :

25 avril..................................	1700 grammes
26 —	1670 —
27 —	1630 —

Le 27 avril, on fait la première injection de sérum de chien à la dose d'une demi-seringue.

28 avril..................................	1610 grammes
29 —	1580 —

Le 29 avril, deuxième injection. L'enfant vomit et ne veut pas teter.

30 avril..........................	1600 grammes
1er mai..........................	1600 —

Le 1er mai, troisième injection.

2 mai..........................	1615 grammes

Le 3 mai, la mère veut emmener son enfant malgré les observations qui lui sont faites. L'enfant commence à teter et ne vomit plus.

Obs. IV.— G..., VIIpare, a eu cinq enfants venus à terme et a fait un avortement. Sa septième grossesse est une grossesse gémellaire. Elle accouche à 7 mois et demi de deux enfants vivants. L'un de ces enfants meurt le lendemain de sa naissance.

Le deuxième enfant, du sexe féminin, pèse 1630 grammes et a une longueur de 42 centimètres. Il est allaité par sa mère et par une nourrice. Pendant son séjour à la clinique il est mis dans une couveuse et deux fois par jour on lui donne des bains de vin aromatiqne et on lui fait des frictions avec le baume nerval.

Poids de l'enfant :

27 avril..........................	1560 grammes

Le 27 avril, première injection d'une demi-seringue de sérum de chien.

28 avril..........................	1530 grammes
29 —..........................	1550 —

Le 29 avril, deuxième injection.

30 avril..........................	1540 grammes
1er mai..........................	1560 —

Le 1er mai, troisième injection.

2 mai..........................	1570 grammes

Le 2 mai, quatrième injection.

3 mai..........................	1470 grammes

L'enfant est confié à une nourrice. Il a de la diarrhée verte et des vomissements. Il tette un peu.

4 mai... ...	1500 grammes	7 mai........	1450 grammes
5 —........	1480 —	8 —........	1460 —
6 —........	1460 —		

L'enfant quitte la Clinique le 9 mai. Il est chétif et son teint est jaunâtre. La diarrhée a disparu. Il boit à la cuiller.

Obs. V. — B..., primipare, accouche le 9 mai d'un enfant vivant du sexe féminin qui pèse 1960 grammes et qui a une longueur de 42 centimètres.

Pendant son séjour à la Clinique l'enfant reste dans une couveuse. On lui donne deux fois par jour des bains de vin aromatique et on lui fait deux frictions au baume nerval.

Poids de l'enfant :

10 mai........	1950 grammes	14 mai........	1750 grammes
11 —	1900 —	15 —	1710 —
12 —	1780 —	16 —	1710 —
13 —	1750 —		

16 mai, première injection avec une seringue de sérum de chien.

17 mai .... 1650 grammes

17 mai, deuxième injection avec une demi-seringue.

18 mai .... 1650 grammes

18 mai, troisième injection avec une demi-seringue.

19 mai........................... 1600 grammes
20 — .... 1610 —

20 mai, quatrième injection avec une demi-seringue.

21 mai .... 1610 grammes

Le 21 mai, l'enfant quitte le service. Son état est mauvais. On le fait boire à la cuiller. Il a eu de la diarrhée et des vomissements.

Obs. VI. — H..., primipare, accouche à 8 mois et demi de deux enfants.

Le premier pèse 2480 grammes à sa naissance et quand il quitte la clinique il pèse 2890 gr.

Le second enfant du sexe féminin pèse 1620 grammes et a une

longueur de 42 centimètres. Il est allaité par une nourrice et placé dans une couveuse. Deux fois par jour on lui donne un bain aromatique et on lui fait des frictions au baume nerval.

Poids de l'enfant :

11 mai........	1520 grammes	14 mai........	1500 grammes
12 —	1460 —	15 —	1525 —
13 —	1480 —	16 —	1540 —

16 mai, première injection de sérum de chien.

17 mai............................ 1540 grammes

17 mai, deuxième injection.

18 mai............................ 1550 grammes
19 — .... 1570 —

19 mai, troisième injection.

20 mai .... 1580 grammes

20 mai, quatrième injection.

21 mai............................ 1600 grammes

21 mai, cinquième injection.

22 mai .... 1610 grammes
23 — .... 1630 —

23 mai, sixième injection.

24 mai .... 1630 grammes
25 — .... 1650 —

25 mai, septième injection.

26 mai............................ 1670 grammes

Le 26 mai, l'enfant part en nourrice où il sera élevé au sein. Il a toujours bien teté pendant son séjour à la Clinique.

Obs. VII. — D..., primipare, accouche au septième mois de deux enfants. Le premier enfant meurt le lendemain de sa naissance.— Le second enfant, du sexe féminin, pèse 1890 grammes. On le place dans une couveuse.

Poids de l'enfant :

25 mai........	1810 grammes	1 juin........	1830 grammes
26 —	1750 —	2 —	1820 —
27 —	1730 —	3 —	1830 —
28 —	1710 —	4 —	1830 —
29 —	1750 —	5 —	1850 —
30 —	1770 —	6 —	1890 —
31 —	1800 —	7 —	1920 —

7 juin. Première injection de sérum de chien à la dose de 1 cent. cube 5.

8 juin............................ 1900 grammes
9 — .... 1930 —

9 juin. Deuxième injection.

10 juin........................... 1930 grammes

10 juin. Troisième injection.

11 juin........................... 1950 grammes

11 juin. Quatrième injection.

12 juin........................... 1960 grammes

12 juin. Cinquième injection.

13 juin........................... 1960 grammes

13 juin. On retire l'enfant de la couveuse.

14 juin........................... 2000 grammes

14 juin. Sixième injection avec 2 centimètres cubes de sérum de chien.

15 juin........................... 2030 grammes
16 — .... 2060 —

16 juin. Septième injection avec 2 centimètres cubes.

17 juin........................... 2100 grammes

17 juin. Huitième injection avec 2 centimètres cubes.

18 juin .... 2150 grammes
19 — .... 2290 —

19 juin. Neuvième injection avec 2 centimètres cubes.

20 juin........................... 2250 grammes

20 juin. Dixième injection avec 2 centimètres cubes.

21 juin	2250	grammes
22 —	2250	—

22 juin. Onzième injection avec 2 centimètres.

23 juin	2270	grammes
24 —	2290	—

24 juin. Douzième injection avec 2 centimètres cubes.

25 juin	2330	grammes
26 —	2370	—

26 juin. Treizième injection avec 2 centimètres cubes.

27 juin	2390	grammes
28 —	2420	—
29 —	2440	—

29 juin. Quatorzième injection avec 2 centimètres cubes.

30 juin	2500	grammes
1er juillet	2560	—
2 —	2490	—
3 —	2490	—

3 juillet. Quinzième injection avec 2 centimètres cubes.

4 juillet	2570	grammes

Le 5 juillet, l'enfant quitte la Clinique pesant 2600 grammes.

Obs. IX. — E..., secondipare, accouche à 6 mois et demi d'un enfant vivant du sexe féminin qui pèse 1380 grammes et qui a une longueur totale de 36 centimètres.

Les membranes se sont rompues prématurément.

Pendant les 3 premiers mois de sa grossesse la femme a eu des hémorrhagies.

L'enfant est mis dans une couveuse. Deux fois par jour on lui donne un bain de vin aromatique et on lui fait des frictions avec le baume nerval.

Poids de l'enfant :

15 juin —	1380	grammes	
16 —	1330	—	Première injection de 2 centim. cubes de sérum de chien

[illegible] DE SÉRUM DE CHIEN

[illegible] grammes		Deuxième injection	
[illegible]	—		
[illegible]	—	Troisième	—
[illegible]	—	Quatrième	—
[illegible]	—		
[illegible]	—	Cinquième	—
[illegible]	—		
[illegible]	—	Sixième	—
[illegible]	—		
[illegible]	—	Septième	—
[illegible]	—		
[illegible]	—		
[illegible]	—	Huitième	—
[illegible]	—	Neuvième	—
[illegible]	—	Dixième	—
[illegible]	—	Onzième	—
[illegible]	—	Douzième	—
[illegible]	—	Treizième	—
[illegible]	—	Quatorzième	—
[illegible]	—	Quinzième	—
[illegible]	—	Seizième	—
[illegible]	—	Dix-septième	—
[illegible]	—	Dix-huitième	—
[illegible]	—		
[illegible]	—		
[illegible]	—	Dix-neuvième injection	
[illegible]	—	Vingtième	—
[illegible]	—		
[illegible]	—		
[illegible]	—	Vingt et unième	—
[illegible]	—		
[illegible]	—		
[illegible]	—		
[illegible]	—		
[illegible]	—		
[illegible]	—	Vingt-deuxième	—
[illegible]	—		
[illegible]	—	Vingt-troisième	—
[illegible]	—		

26 juillet......	1160 grammes	Vingt-quatrième injection.
27 —	1170 —	Vingt-cinquième —
28 —	1160 —	L'enfant tette bien la nourrice.
29 —	1170 —	
30 —	1170 —	1 piqûre de sérum 2 c.c.
31 —	1190 —	
1er août......	1180 —	— —
2 —	1210 —	
3 —	1210 —	— —
4 —	1230 —	
5 —	1240 —	
6 —	1255 —	— —
7 —	1255 —	
8 —	1270 —	— —
9 —	1280 —	
10 —	1310 —	— —
11 —	1290 —	
12 —	1310 —	— —
13 —	1320 —	
14 —	1350 —	— —
15 —	1380 —	
16 —	1390 —	— —
17 —	1400 —	
18 —	1430 —	— —
19 —	1480 —	
20 —	1420 —	— —
21 —	1480 —	
22 —	1500 —	— —
23 —	1510 —	
24 —	1520 —	— —
25 —	1540 —	
26 —	1550 —	— —

Obs. X. — C..., tertipare, accouche au huitième mois de deux enfants.

PREMIER JUMEAU. — Du sexe masculin, le premier jumeau pèse 1610 grammes et a une longueur totale de 39 centimètres.

On le place dans une couveuse et deux fois par jour on lui donne un bain de vin aromatique et on lui fait une friction avec le baume nerval.

Poids de l'enfant :

19 juin	1610 grammes
20 —	1520 —

20 juin, première injection de sérum de chien.

21 juin	1500 grammes
22 —	1470 —

22 juin, deuxième injection.

23 juin	1450 grammes
24 —	1450 —

24 juin, troisième injection.

25 juin	1460 grammes
26 —	1470 —

26 juin, quatrième injection.

27 juin	1460 grammes
28 —	1450 —
29 —	1400 —

29 juin, cinquième injection.

30 juin	1410 grammes
1er juillet	1370 —
2 —	1375 —

Depuis le 26 juin l'enfant tette mieux. Après chaque tetée il boit un peu de lait de sa nourrice à la cuiller.

Le 2 juillet 1891 l'enfant quitte le service.

DEUXIÈME JUMEAU. — Le deuxième jumeau est du sexe masculin. Il pèse 1810 grammes et a une longueur totale de 41 centimètres.

Cet enfant est mis dans une couveuse. Deux fois par jour on lui donne un bain de vin aromatique et on lui fait une friction avec le baume nerval.

Poids de l'enfant :

19 juin	1810 grammes
20 —	1720 —

20 juin, première injection de sérum de chien.

21 juin .... 1700 grammes
22 — .... 1600 —

22 juin, deuxième injection.

23 juin .... 1570 grammes
24 — .... 1550 —

24 juin, troisième injection.

25 juin .... 1540 grammes
26 — .... 1520 —

26 juin, quatrième injection.

27 juin .... 1490 grammes
28 — .... 1500 —
29 — .... 1490 —

29 juin, cinquième injection.

30 juin .... 1450 grammes
1er juillet .... 1440 —
2 — .... 1430 —

Ce n'est qu'à partir du 26 juin que l'enfant peut teter. Auparavant il ne pouvait boire qu'à la cuiller.

L'enfant quitte le service le 2 juillet 1891.

Obs. XI. — M..., primipare, accouche à 8 mois et demi d'un enfant vivant, du sexe féminin, qui pèse 1990 grammes et qui a une longueur de 42 centimètres.

La mère allaite son enfant.

Tous les jours on donne deux bains de vin aromatique à l'enfant et on lui fait deux frictions au baume nerval.

Poids de l'enfant :

26 juin .... 1980 grammes

26 juin. — Première injection avec 2 centim. cubes de sérum de chien.

27 juin .... 1940 grammes
28 — .... 1830 —
29 — .... 1840 —

29 juin. — Deuxième injection.

30 juin .... 1860 grammes

30 juin. — Troisième injection.

1er juillet .... 1850 grammes

1er juillet. — Quatrième injection.

2 juillet .... 1850 grammes

2 juillet. — Cinquième injection.

3 juillet .... 1870 grammes

3 juillet. — Sixième injection.

4 juillet .... 1890 grammes

4 juillet. — Septième injection.

5 juillet .... 1890 grammes

5 juillet. — Huitième injection.

6 juillet .... 1900 grammes
7 — .... 1920 —

L'enfant quitte le service le 7 juillet 1891. Il tette bien et son état général est satisfaisant.

Obs. XII. — R..., primipare, accouche à 6 mois et demi d'un enfant vivant du sexe masculin, qui pèse 1830 grammes et qui a une longueur de 40 centimètres.

Dès le jour de sa naissance l'enfant est mis dans une couveuse. Deux fois par jour on lui fait des frictions au baume nerval et on lui donne des bains de vin aromatique.

Poids de l'enfant :

29 juin	1830 grammes	1er juillet.....	1640 grammes
30 —	1820 —	2 —	1650 —

2 juillet, première injection avec 2 centimètres cubes de sérum de chien.

3 juillet .... 1500 grammes

3 juillet, deuxième injection.

4 juillet .... 1560 grammes

4 juillet, troisième injection.

5 juillet .... 1570 grammes

5 juillet, quatrième injection.

6 juillet	1530 grammes

6 juillet, cinquième injection.

7 juillet	1498 grammes
8 —	1500 —

8 juillet, sixième injection.

9 juillet	1550 garmmes

L'enfant quitte le service le 9 juillet 1891. Son état général est satisfaisant. Il prend bien le sein de sa mère.

Obs. XIII. — X..., primipare, atteinte de syphilis, accouche d'un enfant bien vivant du sexe masculin, qui pèse 3200 grammes et qui a une longueur de 46 centimètres.

Cet enfant est resté pendant deux jours sans faire le moindre mouvement de succion. On l'alimentait avec du lait stérilisé. Le troisième jour il prit le sein et continua à bien teter. Dès sa naissance il fut mis dans une couveuse, il eut des bains aromatiques et fut tous les jours frictionné avec la pommade mercurielle. On lui donne aussi de la liqueur de Van Swieten.

Poids de l'enfant :

30 juin	3200 grammes
1er juillet	2840 —
2 —	2720 —

2 juillet, première injection avec 2 centimètres cubes de sérum de chien.

3 juillet	2750 grammes

3 juillet, deuxième injection.

4 juillet	2780 grammes

4 juillet, troisième injection.

5 juillet	2910 grammes

5 juillet, quatrième injection.

6 juillet	2900 grammes

6 juillet, cinquième injection. Eruption de pemphygus généralisé.

7 juillet	2760	grammes
8 —	2950	—

8 juillet, sixième injection.

9 juillet	2980	grammes

9 juillet, septième injection.

10 juillet	2970	grammes

10 juillet, huitième injection.

11 juillet	3000	grammes

11 juillet, neuvième injection.

12 juillet	3030	grammes
13 —	3020	—

13 juillet, dixième injection.

14 juillet	3030	grammes
15 —	2920	—

L'enfant sort le 16 juillet 1891. L'œdème des membres inférieurs a disparu.

La mère promet de suivre un traitement et de ramener son enfant dans le service.

Obs. XIV. — C..., multipare, les 3 enfants qu'elle a déjà eus sont morts. Actuellement cette femme semble atteinte de tuberculose pulmonaire. Elle a eu la syphilis.

Le 1er juillet 1891 elle accouche d'un enfant, né en état de mort apparente. Cet enfant est du sexe féminin, pèse 2850 grammes et a une longueur totale de 50 centimètres. Pendant les deux jours qui suivent sa naissance l'enfant reste cyanosé.

Des frictions mercurielles sont faites à l'enfant. On lui donne de la liqueur de Van Swieten et on lui fait prendre tous les jours un bain de vin aromatique.

Poids de l'enfant :

1er juillet	2850	grammes	3 juillet	2530	grammes
2 —	2550	—	4 —	2460	—

4 juillet. Première injection de 2 centimètres cubes de sérum de chien.

5 juillet	2460	grammes

5 juillet. Deuxième injection.

6 juillet........................ 2470 grammes

6 juillet. Troisième injection.

7 juillet........................ 2490 grammes
8 — .... 2500 —

8 juillet. Quatrième injection.

9 juillet........................ 2500 grammes

9 juillet. Cinquième injection.

10 juillet........................ 2520 grammes

18 juillet. Sixième injection.

11 juillet........................ 2550 grammes
12 — .... 2550 —
13 — .... 2560 —

13 juillet. Septième injection.

14 juillet........................ 2550 grammes
15 — .... 2510 —

15 juillet Huitième injection.

Pendant les 3 premiers jours l'enfant ne voulut pas teter on lui donne du lait stérilisé. Depuis le quatrième jour, date de la première injection l'enfant prend bien le sein de la mère. Il sort le 16 juillet 1891.

Obs. XV. — A..., secondipare, accouche à 7 mois et demi d'un enfant vivant du sexe masculin, qui pèse 2010 grammes et qui a une longueur totale de 43 centimètres. La mère a eu une rupture prématurée des membranes.

L'enfant est placé dans un berceau avec trois boules d'eau chaude autour de lui.

Deux fois par jour on lui donne un bain de vin aromatique et on lui fait des frictions avec le baume nerval.

Poids de l'enfant:

4 juillet........................ 1920 grammes

4 juillet. Première injection de 2 centimètres cubes de sérum de chien.

5 juillet........................ 1850 grammes

5 juillet. Deuxième injection.

6 juillet........................ 1800 grammes

6 juillet. Troisième injection.

7 juillet........................ 1840 grammes

7 juillet. Quatrième injection.

8 juillet........................ 1810 grammes

8 juillet. Cinquième injection.

9 juillet........................ 1820 grammes

9 juillet. Sixième injection.

10 juillet........................ 1770 grammes

10 juillet. Septième injection. L'enfant est paresseux pour teter. On le fait boire un peu à la cuiller. Il est mis dans une couveuse et on lui donne un peu de bismuth pour arrêter sa diarrhée jaune.

11 juillet........................ 1740 grammes
12 — .... 1690 —

12 juillet. Huitième injection.

13 juillet........................ 1590 grammes

13 juillet. Neuvième injection.

14 juillet......	1590 grammes	17 juillet......	1560 grammes
15 —........	1590 —	18 —........	1560 —
16 —........	1550 —	19 —........	1550 —

L'enfant quitte le service le 20 juillet 1891. Son état général n'est pas très satisfaisant.

Obs. XVI. C..., primipare, accouche au huitième mois d'un enfant vivant du sexe masculin, qui pèse 2270 grammes et qui a une longueur totale de 48 centimètres. L'enfant se présentait par le siège, mode des fesses, Les membranes s'étaient rompues prématurément.

La mère ayant des mamelons mal conformés, l'enfant est allaité par une nourrice.

Deux fois par jour on lui donne un bain de vin aromatique et on lui fait une friction au baume nerval.

Poids de l'enfant :

4 juillet.......................... 2270 grammes

4 juillet. Première injection avec 2 centimètres cubes de sérum de chien.

5 juillet.......................... 2100 grammes

5 juillet. Deuxième injection.

6 juillet.......................... 2080 grammes

6 juillet. Troisième injection.

7 juillet.......................... 2100 grammes

7 juillet. Quatrième injection.

8 juillet.......................... 2090 grammes

8 juillet. Cinquième injection.

9 juillet.......................... 2080 grammes

9 juillet. Sixième injection.

10 juillet.......................... 2060 grammes

10 juillet. Septième injection.

11 juillet.......................... 2130 grammes
12 — .... 2110 —
13 — .... 2120 —

13 juillet. Huitième injection.

A partir du 10 juillet l'enfant buvait à la cuiller du lait de sa nourrice.

Il part le 14 juillet 1891 avec un état général satisfaisant.

Obs. XVII. — D..., primipare accouche à 7 mois et demi d'un enfant vivant du sexe masculin, qui pèse 1850 grammes et qui a une longueur totale de 42 centimètres.

L'enfant se présentait par le siège. Il y avait de l'hydramnios.

On place l'enfant dans son berceau avec trois boules d'eau chaude autour de lui. Deux fois par jour on lui donne un bain de vin aromatique et on lui fait des frictions au baume nerval.

Poids de l'enfant :

5 juillet.......................... 1850 grammes
6 — .... 1760 —

6 juillet. Première injection avec 2 centimètres cubes de sérum de chien.

7 juillet .... 1810 grammes

7 juillet. Deuxième injection.

8 juillet .... 1840 grammes

8 juillet. Troisième injection.

9 juillet .... 1870 grammes

9 juillet. Quatrième injection.

10 juillet .... 1890 grammes

L'enfant a toujours bien pris le sein de sa mère. Il quitte le service le 10 juillet 1891 dans un état satisfaisant.

Obs. XVIII. — V..., multipare, accouche à 8 mois et demi d'un enfant vivant, du sexe féminin. Il pèse 1700 grammes et a une longueur totale de 43 centimètres. La mère avait de l'hydramnios.

L'enfant est mis dans une couveuse. Deux fois par jour on lui donne un bain de vin aromatique et on lui fait des frictions au baume nerval.

Poids de l'enfant :

2 juillet .... 1630 grammes

2 juillet. Première injection avec 2 centimètres cubes de sérum de chien.

3 juillet .... 1590 grammes
4 — .... 1500 —

4 juillet. Deuxième injection

5 juillet .... 1490 grammes

5 juillet. Troisième injection.

6 juillet .... 1460 grammes

6 juillet. Quatrième injection.

7 juillet .... 1469 grammes

7 juillet. Cinquième injection.

8 juillet .... 1420 grammes

8 juillet Sixième injection.

9 juillet	1340 grammes

9 juillet. Septième injection.

10 juillet	1220 grammes

10 juillet. Huitième injection.

11 juillet	1310 grammes
12 —	1310 —

12 juillet. Neuvième injection.

13 juillet	1300 grammes

13 juillet. Dixième injection.

Depuis sa naissance l'enfant est nourri avec du lait d'ânesse qu'il boit à la cuiller. A partir du cinquième jour de sa naissance l'enfant a du sclérème. Il meurt le 14 juillet 1891.

Obs. XIX. — X..., accouche le 25 avril 1891 de deux enfants.

PREMIER JUMEAU. — Le premier jumeau est du sexe masculin, il pèse 1590 grammes et a une longueur totale de 40 centimètres.

Cet enfant est allaité par une nourrice. Il est mis dans une couveuse. Deux fois par jour on lui donne un bain de vin aromatique et on lui fait des frictions au baume nerval.

Poids de l'enfant :

25 avril	1530 grammes
26 —	1455 —
27 —	1420 —

27 avril. Première injection de sérum de chien.

28 avril	1410 grammes
29 —	1409 —

29 avril. Deuxième injection.

30 avril	1412 grammes
1er mai	1400 —

1er mai. Troisième injection.

2 mai	1400 grammes

2 mai. Quatrième injection.

3 mai .... 1390 grammes

L'enfant ne boit qu'à la cuiller.

Il meurt le 4 mai 1891.

DEUXIÈME JUMEAU. — Le deuxième jumeau, du sexe féminin, pèse 1310 grammes et a une longueur totale de 38 centimètres.

Il est allaité par sa mère et par une nourrice.

Il est mis dans une couveuse. Deux fois par jour on lui donne un bain de vin aromatique et on lui fait des frictions avec le baume nerval.

Poids de l'enfant :

25 avril.......................... 1310 grammes
26 — .... 1270 —
27 — .... 1207 —

27 avril. Première injection de sérum de chien.

28 avril.......................... 1164 grammes
29 — .... 1165 —

29 avril. Deuxième injection.

30 avril.......................... 1160 grammes
1er mai.......................... 1150 —

1er mai. Troisième injection.

2 mai.......................... 1100 grammes

2 mai. Quatrième injection.

3 mai........	1080 grammes	8 mai........	1000 grammes
4 —	1000 —	9 —	970 —
5 —	970 —	10 —	1000 —
6 —	980 —	11 —	960 —
7 —	1000 —		

Cet enfant était nourri à la cuiller. Il vomissait après chaque tetée.

Il meurt le 12 mai 1891.

OBS. XX. — D..., secondipare, accouche au sixième mois d'un enfant vivant du sexe masculin, qui pèse 1600 grammes et qui a une longueur totale de 42 centimètres.

Il est mis dans une couveuse. Deux fois par jour on lui donne

un bain de vin aromatique et on lui fait des frictions au baume nerval.

Poids de l'enfant :

10 juin	1600 grammes
11 —	1530 —

11 juin. Première injection de 1 centimètre cube et demi de sérum de chien.

12 juin	1470 grammes

12 juin. Deuxième injection.

13 juin	1420 grammes
14 —	1400 —
15 —	1380 —

15 juin. Troisième injection.

16 juin	1340 grammes

16 juin. Quatrième injection.

17 juin	1270 grammes

17 juin. Cinquième injection.

18 juin	1250 grammes
19 —	1210 —

19 juin Sixième injection.

20 juin	1180 grammes

20 juin. Septième injection.

21 juin	1160 grammes

Cet enfant ne peut boire qu'à la cuiller. Il meurt le 21 juin 1891.

LES OPÉRATIONS POUR LES TUMEURS DE LA MATRICE, L'OOPHORECTOMIE ET LA CASTRATION DES FEMMES DANS LES AFFECTIONS PSYCHIQUES ET NERVEUSES (1).

Par **Sir Thomas Spencer Wells.**

Traduction par le Dr R. LABUSQUIÈRE, d'après « the Bradshaw lecture delivered at the *Royal College of surgeons of England* ».

Lorsque, dans mon travail sur les tumeurs abdominales, j'exposai en 1878 les résultats de toute ma pratique jusqu'à cette époque, par rapport à l'extirpation totale ou à l'amputation partielle de la matrice, peu de chirurgiens, aussi bien en Angleterre qu'à l'étranger, possédaient une grande expérience de ces deux opérations. Mais, depuis, elles sont devenues si fréquentes — sans l'être toutefois autant que l'ovariotomie — que certains chirurgiens anglais et américains, allemands et français, peuvent compter leurs cas par centaines. Pourtant, plusieurs points de pratique très importants, encore non résolus, se présentent à notre jugement et peuvent être actuellement discutés avec le secours de l'expérience accumulée. Or, en la matière, l'opinion la plus motivée est évidemment celle de l'opérateur le plus heureux, de celui dont l'expérience en ce genre d'intervention est supérieure à la mienne et à celle de n'importe quel autre chirurgien, c'est de Keith qu'il s'agit. Ses résultats ont été extraordinaires ; cependant, voici ce qu'il écrit après avoir expérimenté le traitement électrique, suivant la méthode d'Apostoli :

« *Mon opinion là-dessus est tellement formelle que je m'accuserais de crime si je conseillais à mes malades — bien que, sûrement, la mortalité de mes opérées après l'hystérectomie ne dépasse pas 4 0/0 — d'exposer leur vie aux*

risques de cette opération, avant qu'elles aient essayé le traitement électrique. »

Assurément, l'importance de cette déclaration ne saurait être contestée, par la raison qu'elle émane d'un homme dont l'observation rigoureuse, l'esprit pondéré, le jugement logique, la critique expérimentée et l'habileté manuelle sont reconnus de tout le monde. Ces paroles, de toutes façons, doivent suffire à réprimer la témérité de laparotomistes trop pressés, incapables de réflexion, à donner à réfléchir à leurs imitateurs avant de mettre en jeu la vie d'une femme, et à forcer à beaucoup de circonspection tous ceux à qui, en raison de leurs conseils et de leurs avertissements, incombe la responsabilité de ces cas.

Le D[r] Keith m'a déclaré que, depuis, il n'a pratiqué que 3 hystérectomies (exclusivement pour des cysto-fibromes) et une seule castration. Cette réserve persévérante confirme la condamnation qu'il a faite lui-même d'un procédé qu'il appliquait jadis, et qui, suivant ses propres termes, « l'*avait toujours obsédé de doutes pénibles et de crainte* » ; elle affirme également sa confiance, pleine d'espoir, dans la nouvelle méthode thérapeutique qu'il a adoptée. En semblables conditions, la conduite la plus rationnelle sera une expectation vigilante ; tandis que celui qui aura lui-même expérimenté combien il est difficile dans ces cas de donner un avis ou d'agir, caressera l'espoir que de nouvelles preuves confirmeront le fait que nous avons dans l'électricité un moyen sinon de supprimer complètement l'intervention du bistouri, du moins de la limiter considérablement.

Le contrôle exact, dépourvu de parti pris, de la communication de Keith sur les cas traités par lui par l'électricité prouve que sa résolution d'éviter, autant que possible, l'emploi du bistouri, est parfaitement justifiée par les résultats de la nouvelle méthode. Sur les 10 cas minutieusement rapportés dans son ouvrage paru en août 1889, quatre-vingt-cinq ou bien les quatre cinquièmes des malades avaient récupéré une santé parfaite, ou bien elles avaient été si bien dé

barrassées des accidents les plus graves que, dès lors, bien que très heureuses de l'amélioration déjà obtenue, elles étaient pleines d'espoir et attendaient de nouveaux avantages de la continuation ou de la reprise du traitement électrique.

Des autres vingt et une, 3 succombèrent à d'autres maladies pendant ou après le traitement : mortalité légèrement supérieure, tout au plus, à la mortalité générale actuelle. Une malade qui, longtemps, avait été sujette à des hémorrhagies épuisantes, et qui s'était déjà améliorée au point qu'elle avait pu recommencer à aller et venir, fut emportée par une hémorrhagie, suite d'imprudence, et qui fut insuffisamment traitée pendant une absence du Dr Keith. Des dix-sept autres, huit ou neuf se trouvèrent améliorées après un petit nombre de séances, mais elles discontinuèrent le traitement pour des raisons d'ordre privé. Deux ou trois manquèrent de persévérance et de patience, et, dans quatre ou cinq cas, il n'y eut pas d'amélioration satisfaisante. Dans un seul, la tumeur disparut complètement. D'une manière générale, les malades eurent l'occasion de se réjouir de porter une masse réduite et moins pénible, de laquelle elles se souciaient moins, débarrassées qu'elles étaient des symptômes de compression, et heureuses d'avoir recouvré un sentiment de bien-être général.

Assurément, il serait prématuré de se prononcer sur la durée de ces améliorations. Sur ce point, il nous faut tirer notre enseignement de la pratique d'Apostoli ; or, le Dr Felicia Jakubowska a, durant l'été dernier, procédé à l'analyse attentive des cas les plus anciens, autant du moins que l'a permis un temps limité. Dans sa thèse « *Des résultats immédiats et éloignés du traitement électrique des fibromes utérins* », il est dit que sur 13 des cas qu'il a examinés, dix femmes, qui avaient subi le traitement électrique complet, se félicitent, après 4-7 années, d'avoir obtenu par l'électricité une amélioration persistante ; 3 accusent des symptômes de peu d'importance, mais reconnaissent que leur santé a été améliorée, et qu'elles sont plus aptes au travail qu'avant le

traitement. Ces cas ont été examinés sans élection spéciale, comme ils ont pu se présenter après une période de temps aussi longue. Et si on les accepte comme des exemples valables pour les 531 communiqués en juillet au Congrès de Berlin, ils plaident en faveur de la durée des résultats du traitement.

Nous pouvons tirer des observations de ceux qui ont fait du traitement électrique une étude dégagée d'idée préconçue, les conclusions suivantes :

1) Un résultat à peu près constant du traitement électrique dans le cas de fibromes et de myômes de la matrice, c'est un retour manifeste vers la santé générale.

2) Dans la majorité des cas les hémorrhagies furent arrêtées dans un court espace de temps, dans d'autres, ce résultat fut obtenu plus lentement.

3) En général, la douleur fut supprimée; mais le fait fut moins constant que la cessation des hémorrhagies.

4) Les tumeurs subissent la plupart du temps une réduction notable dans leur volume; en quelques cas, rares, elles disparaissent même complètement. Quand elles persistent, elles deviennent plus mobiles et causent de moins vives douleurs ; enfin, il est exceptionnel qu'on ne réussisse pas à enrayer leur accroissement. Cependant, dans le cas de cysto-fibromes, le traitement électrique reste à peu près sans utilité.

5) Les modifications produites par la régression de la tumeur, aussi bien que le sentiment de bien-être général consécutif, sont habituellement définitifs.

6) Le traitement électrique ne rend pas la femme inapte à subir la myomectomie si des circonstances ultérieures en venaient fournir l'indication ; bien au contraire, l'opération se trouve facilitée du fait de la diminution de la masse de la tumeur et de la destruction des adhérences.

Des témoignages multiples, venus de divers côtés, confirment le fait que le courant électrique judicieusement appliqué, suivant les préceptes d'Apostoli, jouit d'une grande

utilité dans un grand nombre de cas de myômes utérins. Son application toutefois par des mains inexpérimentées, n'est ni facile ni inoffensif. En outre, le choix judicieux des cas exige une grande sûreté de diagnostic.

Le traitement électrique est conseillé par les hommes les plus compétents comme étant un moyen sûr dans les cas d'hypertrophie de la matrice, d'adhérences de l'utérus dans le bassin, par des exsudats périmétriques organisés, et de tumeurs à large base d'insertion.

Ce traitement, chose facile à prévoir, est long et incertain dans les cas de tumeurs dures et sous-péritonéales ; d'autre part, il faut peu s'attendre à ce qu'il donne de bons résultats quand il s'agit de tumeurs pédiculées bien qu'on ait, à plusieurs reprises, obtenu en pareil cas une amélioration. Il n'a sur les cysto-fibromes qu'une action très faible, et il faut savoir que les processus récidivants des annexes utérines contre indiquent l'emploi du courant électrique. S'il s'agit de tumeurs sous-péritonéales, volumineuses et dures, c'est tout au plus si l'on est en droit d'espérer procurer aux malades quelque soulagement par la réduction de la masse du néoplasme. Par contre, dans la plupart des cas, et plus spécialement dans ceux qui s'accompagnent d'hémorrhagies, on peut recommander le traitement électrique avec l'assurance que les hémorrhagies seront arrêtées et qu'on mettra la malade dans cet état de santé qu'Apostoli dénomme « *guérison symptomatique* ».

Il est toutefois des cas qui ne réclament aucun traitement chirurgical, d'autres dans lesquels il faut prendre en sérieuse considération les conséquences de l'extirpation des deux ovaires, d'autres enfin dans lesquels toutes les considérations, sociales et autres, imposent l'ablation précoce des tumeurs.

Opération de Battey ou oophorectomie.

Dans certains cas de tumeurs volumineuses de l'utérus, contre lesquelles il semble *a priori* peu probable que le

traitement électrique puisse être efficace, ou même contre lesquelles ce mode de traitement a déjà échoué, il est possible, par l'ablation des ovaires, de faire cesser la menstruation et d'espérer, avec quelque raison, une régression du néoplasme.

L'ablation des ovaires, faite dans le but de produire la cessation prématurée des règles, a été proposée par Blundell dès l'année 1823. Et il ne subsiste pas d'objection valable contre cette opération, telle du moins qu'elle a été faite après 1874, par Battey, dans des cas bien déterminés et avec les précautions les plus minutieuses. Son exécution par Hégar contre des fibromes utérins était aussi pleinement justifiée, mais d'une application plus restreinte. On alla jusqu'à proposer de faire l'oophorectomie dans des cas où il n'existe aucune affection constatable, et où il s'agit seulement de combattre des symptômes pénibles. Bien loin de moi la pensée de me dresser en adversaire d'une opération justifiée ! J'ai précisément expérimenté moi-même à l'occasion de mes ovariotomies combien il est dur, même quand on a pleinement conscience de la légitimité de sa manière de faire, de résister à une opposition passionnée, pleine de parti pris, et combien sont pénibles les accusations injustes auxquelles on est en butte ! Mais, dans l'espèce, nous constatons des écarts si évidents, si dangereux de la pure moralité médicale que, dès l'année 1884, je me crus forcé de jeter le cri d'alarme. « Bien que je reconnaisse comme parfaitement légitime le principe de cette opération, je reste convaincu qu'elle ne trouve son application que dans des cas très limités, et qu'elle ouvre la porte à des abus fâcheux ; que, dans les cas de psychoses et de névroses, elle n'est justifiée qu'après l'essai consciencieux et prolongé d'autres moyens thérapeutiques, et avec le consentement réfléchi de médecins expérimentés. Une affection qui menace la vie justifie, le cas échéant, un traitement hardi, une véritable mutilation. Mais, pratiquer une mutilation pour une affection transitoire (conséquence le plus souvent d'une civilisation

corrompue ou d'une passion sexuelle excessive), c'est là une question qui relève plus de la morale philosophique que de la chirurgie. »

Ces appréciations n'étaient pas sans fondements sérieux. En effet, lorsqu'en 1881, le congrès médical international eut lieu à Londres, Battey — qui, dans l'espace de plusieurs années, bien qu'il eût eu l'occasion pour ainsi dire illimitée de choisir des cas à opérer, grâce à une sorte d' « *épidémie de consultation* » qui se produisit après la vulgarisation des principes essentiels de sa méthode, n'avait trouvé que *quinze* femmes chez lesquelles l'opération lui parut indiquée — exprima l'étonnement que lui causait cette soi-disant nécessité de la fréquence de l'exécution en Angleterre de l'opération qu'on désignait de son nom. Mon expérience, aussi bien que celle de beaucoup de médecins éminents m'obligent à me rallier sans réserve à ces rectrictions, à cette modération de Battey. D'ailleurs, il suffit d'un simple coup d'œil sur les travaux spéciaux de gynécologie, et particulièrement sur les articles publiés dans les journaux durant ces dix dernières années, pour se persuader que les écarts dans le sens contraire commencent à inspirer quelque inquiétude. Les publications se répétant constamment de comptes rendus pompeux sur l'oophorectomie, ne présentant dans la plupart des cas aucune suite, aucun groupement judicieux des opérations, prouvent d'une façon indiscutable qu'on se trouve en présence d'une pratique préjudiciable. On est poussé à admettre que les auteurs de ces articles s'efforcent de se persuader eux-mêmes qu'ils ont réellement fait tout ce qu'ils avancent dans leurs écrits. L'effort évident de spécialiser, d'isoler les méthodes curatives gynécologiques, est un symptôme fâcheux du temps, et il fait naître la crainte, si l'on ne réagit pas vite et vivement, que, d'une manière générale, la profession médicale ne devienne responsable devant l'opinion publique de l'affaiblissement du sens moral. Si, comme c'est déjà le cas, il est devenu impossible d'échapper, dans les réunions et dans les cercles, aux allusions railleuses sur l'absence du

sens commun dans les cabinets de consultation médicaux — s'il est devenu assez fréquent d'entendre des femmes, encore loin d'avoir atteint l'âge de matrones, trahir de la manière la plus frivole leur familiarité avec le jargon des gynécologues et montrer une tendance excessive à se laisser aller à certaines de leurs fantaisies, — s'il est devenu pénible, même dans les réunions de famille, de saisir des remarques tendant à mettre en suspicion la moralité du médecin — dans ce cas, il n'est pas possible de nier plus longtemps qu'il s'exerce actuellement une influence délétère, pestilentielle, qui justifie les sarcasmes et les appréhensions des hommes, et qui devient responsable de la corruption qui s'étale depuis peu parmi les femmes. D'ailleurs, certains médecins paraissent oublier que nous avons aussi bien charge de l'honnêteté et de la santé morale de nos malades, que du maintien et du relèvement de leur santé physique, et que notre honneur nous fait un devoir d'apporter dans les deux sens la même préoccupation, le même souci, les mêmes soins. J'accorde volontiers que jusqu'ici le nombre de ces oublieux du devoir est très petit ; mais, de même qu'il suffit d'un simple filament fermentatif pour produire une fermentation en masse, ces exemples encore isolés peuvent avoir des imitateurs, les égarer dans les voies les plus fâcheuses, et nuire ainsi d'une façon incalculable à la société. Il est en tous cas certain qu'il y a eu beaucoup de légèreté, qu'on a souvent pratiqué des oophorectomies sans réflexion suffisante, sans avoir instruit, autant qu'il eût fallu au préalable, les intéressées des conséquences de l'opération, ou après avoir émis des prédictions illusoires de prétendues maladies psychiques imminentes, de mort prématurée.

Il n'est pas douteux, qu'en certains cas, les limites dans lesquelles, d'après les notions générales, doit se renfermer l'intervention personnelle du médecin ont été outrepassées ; qu'un grand nombre de jeunes femmes qui, heureusement, se sont soustraites à ces mutilations proposées sans raison, ont depuis mis au monde des enfants, que des femmes, gué-

ries seulement de l'opération, ont été citées, à tort, comme étant débarrassées de leur maladie, et qu'enfin un grand nombre d'échecs ont été tenus sous silence. Tout cela a éveillé dans le public le soupçon — et parmi nos collègues plus que le soupçon — que certaines extensions modernes de la chirurgie abdominale, ne contribuent nullement à rehausser dans l'opinion publique l'estime de la profession médicale, et qu'il est urgent de les dévoiler et de les condamner formellement. Avant tout, je me défends de faire aucune allusion personnelle ; mais je me fonde sur des faits généralement connus et sur l'existence incontestable d'une inquiétude répandue au loin. Mes premiers avertissements n'ont pas été entendus. Aujourd'hui, je proteste formellement, de la façon la plus vive, contre tout écart des principes vrais de la pratique médicale, et contre l'abus condamnable qu'on fait d'une opération, importante et très bonne en soi, quand elle est pratiquée après mûre réflexion et à propos. Et j'ai la conviction que le plus grand nombre des hommes sages et honorables de notre profession s'associeront absolument à cette protestation.

Je répète ici que dans des cas judicieusement choisis de tumeurs de la matrice, l'extirpation des ovaires jouit d'une utilité incontestable, qu'en maintes occasions je l'ai pratiquée et que d'autres chirurgiens l'ont encore pratiquée plus souvent avec des résultats satisfaisants. Mais il se rencontre aussi d'autres cas dans lesquels des considérations sociales ou d'un autre ordre indiquent qu'il est prudent de procéder de bonne heure à la myomectomie ou à l'hystérectomie.

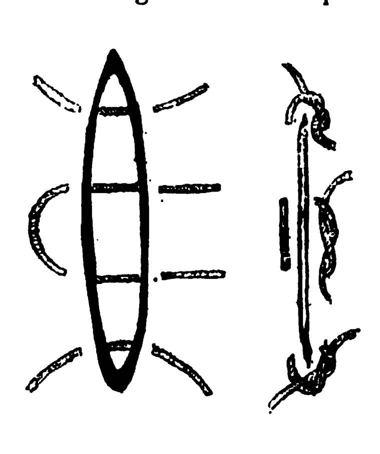
Une des préparations que je vous présente, offre un intérêt historique. Elle provient en effet du premier cas, observé dans les hôpitaux anglais, où l'on ait fait avant l'opération le diagnostic de fibrome de la matrice et enlevé avec succès la tumeur après laparotomie. Je fis cette opération le 1er janvier 1871. La femme était âgée de 46 ans, elle est restée bien portante jusqu'à ces derniers mois, et elle a succombé, 19 années après avoir été opérée, à des accidents cardio-pulmo-

naires, sans aucune récidive de son affection abdominale. La tumeur était entourée de 30 litres d'exsudat péritonéal, qui avait provoqué un prolapsus recto-vaginal; elle fut séparée à droite et en arrière du fond de l'utérus au moyen de l'écraseur, mais il se produisit une hémorrhagie abondante qu'il fallut arrêter au moyen d'une suture entortillée sur de longues aiguilles, qui furent ensuite fixées au dehors du ventre à la manière d'un clamp. Il n'est pas douteux que ces cas sont aujourd'hui plus rares qu'il y a peu d'années ; toutefois, il s'en rencontre encore, et le traitement du moignon, aussi bien que du point d'attache de la tumeur à l'utérus, est un des points chirurgicaux les plus importants. En Angleterre, le traitement extra-péritonéal au moyen d'aiguilles et du serre-nœüd donne des résultats supérieurs à ceux du traitement intra-péritonéal. En Allemagne, c'est le contraire qui arrive, et je ne peux m'empêcher de penser que, comme à une époque dans l'ovariotomie le clamp donna de meilleurs résultats que la ligature et comme plus tard il dut céder la place à la méthode intra-péritonéale, il en arrivera de même pour la myomectomie. Mais, avant de se prononcer sur ce point, il est plus sage d'attendre encore de nouvelles observations ; d'autre part, il me semble certain qu'on réalisera des perfectionnements en ce qui concerne l'application des sutures.

La règle à laquelle je me suis dès le début toujours conformé, de réunir au moment de la fermeture de la plaie abdominale, non seulement les bords de la plaie, mais aussi la surface du péritoine, prend une importance encore beaucoup plus grande dans l'opération césarienne, et dans la réunion des bords de l'incision du revêtement péritonéal dans la myomectomie. Dans les remarques que je fis à l'occasion du premier cas dans lequel, au cours d'une opération césarienne, je suturai la plaie utérine, je déclarai : « Les bords du péritoine de l'incision utérine doivent comme ceux du péritoine pariétal, au niveau de la plaie abdominale, être soigneusement réunis au moyen de plusieurs points de suture

ou d'une suture continue sur toute la longueur de l'incision. » Sänger plus tard perfectionna ce procédé opératoire en adoptant les deux rangées de suture, et en supprimant tout le tissu utérin sous-péritonéal qui s'oppose au contact absolu des deux surfaces péritonéales, étalées par le retournement des deux lèvres de la séreuse incisée. Mais, dans des opérations ultérieures, il se contenta d'adosser exactement les bords du péritoine, et c'est ce que je fais avec les meilleurs résultats dans la myomectomie.

Mais je me contentais d'une seule rangée de sutures, quand elles suffisaient à assurer l'hémostase et l'exacte réunion des lèvres de l'incision péritonéale ; toutefois, je préférais un double étage de sutures quand, les bords étant retournés, les surfaces séreuses pouvaient être maintenues adossées par les sutures superficielles. Quant à la question de savoir s'il est préférable d'user de la suture à points séparés ou de la suture du pelletier, elle est de peu d'importance. La figure ci-contre est destinée à mieux faire saisir le mode de suture que j'ai utilisée de préférence dans mes dernières myomectomies.



Au mois de juin dernier, j'ai opéré avec l'assistance des Drs Doran et Westland une femme âgée de 33 ans, à laquelle j'enlevai un fibro-myôme très dur, du poids de 4337 grammes, qui était rattaché à la portion droite du fond de la matrice par un pédicule long de 5 centim. et large de 3 centim. La tumeur se laissa facilement soulever ; je traitai le pédicule par une triple ligature comme dans une ovariotomie. Seulement, après l'extirpation d'un myôme gros comme une petite pomme, qui s'insérait largement sur le côté gauche de l'utérus, région au niveau de laquelle le tissu

était très friable, les ligatures coupèrent le tissu et il se fit une hémorrhagie considérable. Les deux extrémités de la plaie de la paroi utérine séparée furent chacune réunies par une simple suture, puis, entre elles, les autres sutures furent faites et nouées suivant la méthode représentée dans la figure, et l'hémorrhagie cessa, les surfaces saignantes ayant été ainsi exactement adossées. J'ai agi de la même manière au cours d'une opération pratiquée sur une dame de la Nouvelle-Zélande, auprès de laquelle m'assistait le Dr Priestley. Il s'agissait d'un myôme, dont il fut impossible de déterminer exactement les limites par rapport au fond de l'utérus. Je le traversai avec une longue aiguille, appliquai une ligature élastique entre elle et l'utérus et enlevai ensuite la tumeur. Tout d'abord, je tentai le traitement extra-péritonéal du pédicule, mais comme la traction qui en résultait était trop forte, je dus enlever aiguille et ligature. Il survint une hémorrhagie dont je ne pus me rendre maître ni par les ligatures ni par la torsion, mais que j'arrêtai aisément en recourant au procédé précédent.

Ces deux opérées guérirent dans un espace de temps beaucoup plus court qu'il n'eût fallu après n'importe quel mode de traitement extra-péritonéal. *(A suivre.)*

DE L'HÉMORRHAGIE UTÉRINE MIXTE ET ABONDANTE PENDANT LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT, SANS INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA

Par Mme **Henry**, sage-femme en chef de la Maternité de Paris.

L'hémorrhagie utérine gravidique, produite par le décollement prématuré du placenta normalement inséré, est le plus souvent mixte, c'est-à-dire interne et externe.

Lorsqu'elle est abondante, elle est pour le fœtus, et quelquefois pour la mère, un des plus graves accidents qu'on

puisse rencontrer. Elle peut se produire pendant la grossesse ou le travail de l'accouchement.

Les symptômes étant à peu près les mêmes, dans les deux cas, nous les étudierons simultanément.

Dans cette étude, nous laisserons de côté l'hémorrhagie qui survient pendant les six premiers mois de la gestation, trouvant, avec les auteurs classiques, qu'elle rentre presque toujours dans le cadre de l'avortement. Nous ne nous occuperons donc, ici, que de celle qu'on peut rencontrer dans les trois derniers mois de la grossesse et pendant l'accouchement.

Depuis notre entrée à la Maternité (juillet 1881), sur 20927 accouchements, nous en avons noté 27 cas; mais certainement nous en avons vu un plus grand nombre, car au début nous connaissions mal cet accident, et, pour cette raison, nous nous trouvions dans de mauvaises conditions pour le diagnostiquer. Aujourd'hui l'expérience aidant, nous croyons pouvoir aborder ce sujet et dire ce que nous avons observé.

Symptômes et Diagnostic. — Le diagnostic est assez difficile, aussi ne fût-il pas toujours porté ainsi que nous venons de le dire. Dans certains cas, pour expliquer la gravité des symptômes généraux, on pensa, soit à une hémorrhagie externe très abondante, soit à une rupture utérine, ou, enfin, l'on crut, l'hémorrhagie externe étant modérée, que le sujet atteint n'offrait pas la résistance habituelle que la gravidité confère aux hémorrhagiques, résistance qui est bien connue des cliniciens, et dont j'ai été souvent frappée et étonnée. Ainsi, par exemple, au moment de la délivrance il n'est pas très rare de voir une femme perdre sept, huit et mille grammes de sang et n'en pas paraître très notablement affaiblie. J'en ai même vu qui en perdaient davantage et pour lesquelles je ne crus à la quantité qu'on me signalait, qu'en pesant moi-même le sang.

Les causes de l'hémorrhagie mixte sont souvent obscures et peut-être multiples ; mais le mécanisme suivant lequel elle se produit doit être le même dans tous les cas.

Lorsque, sous l'influence d'une poussée congestive utérine, les lacunes et les lacs sanguins du placenta maternel se trouvent trop remplis, le sang franchit les limites de ces lacunes et de ces lacs et déchire un plus ou moins grand nombre d'adhérences utéro-placentaires.

Si cette poussée congestive s'arrête, ou si elle n'a pas été très forte, l'épanchement sanguin reste limité et produit des foyers apoplectiques, lesquels ne seront diagnostiqués qu'à



Fig. 1. — Placenta. On distingue l'excavation en cupule qui contenait le caillot.

l'examen de l'arrière-faix; mais si l'afflux sanguin est plus considérable, l'épanchement sort des limites ci-dessus indiquées, le caillot qui en résulte est plus volumineux, et refoule d'une part le placenta, d'autre part la paroi utérine correspondante.

Ce caillot, par la pression excentrique qu'il exerce devient encore la cause de la rupture des vaisseaux utéro-placentaires qui l'entourent. Le sang s'accumule alors entre l'utérus et le placenta, déprime plus ou moins fortement celui-ci, s'y creuse une sorte de loge ou cupule (1) de dimension variable et parfois considérable, dans laquelle il se coagule en contractant des adhérences avec ses parois.

Ces adhérences sont quelquefois assez intimes pour que le placenta puisse être expulsé avec un caillot plus ou moins gros, très adhérent. Dans ces cas, lorsqu'on a retiré le caillot on voit toute la face utérine du placenta blanche, décolorée, exsangue, comme nous l'avons indiqué dans nos observations.

Si le sang s'accumule encore, il continue son œuvre de décollement; une partie s'épanche au delà des limites du



Fig. 2. — Caillot retiré de la cupule.

placenta, décolle les membranes et arrive en plus ou moins grande abondance au dehors; une autre partie reste entre l'œuf et l'utérus, se coagule, augmente le volume du caillot primitif, ou en forme de nouveaux qui dépriment davantage

(1) Figure que nous devons à l'obligeance de M. le professeur Tarnier.

la face externe de l'œuf en refoulant en dehors la face interne de l'utérus.

Nous en avons vu un, chez une femme morte avant l'accouchement, qui partait du fond de l'utérus et arrivait, en s'effilant un peu, jusqu'à l'orifice interne. Il présentait à sa partie la plus large, une épaisseur de 10 centim. et avait comme longueur, toute l'étendue de la hauteur de la cavité utérine (grossesse de 9 mois) (1).

Lorsque le sang se répand ainsi, l'hémorrhagie est tout à la fois interne et externe.

Pour faire le diagnostic de cet accident, il faut prendre en considération et bien analyser les symptômes locaux et les symptômes généraux.

Les symptômes généraux n'existent que lorsque l'hémorrhagie est abondante. Ils sont semblables à ceux qu'on observe dans toutes les hémorrhagies graves, quelle qu'en soit la cause ; je ne les décrirai donc pas.

Les symptômes locaux sont, à mon avis, plus intéressants et moins bien connus; c'est, cependant, par eux qu'on peut établir le diagnostic.

L'hémorrhagie interne précède l'hémorrhagie externe; mais c'est l'hémorrhagie externe qui met sur la voie du diagnostic. Une femme perd du sang; pour elle, c'est le phénomène initial; mais en l'interrogeant et l'examinant l'on apprend que l'écoulement sanguin a été précédé ou accompagné par d'autres symptômes.

Ces autres phénomènes sont : le développement plus ou moins rapide de l'utérus; sa forme irrégulière ; la résistance pâteuse de ses parois, au point où le sang est accumulé, et la douleur vive, quelquefois extrêmement vive, qu'on détermine par la pression sur le même point. Si la femme est en travail, s'il existe des contractions, la douleur qu'elles occasionnent est exagérée et nullement en rapport avec l'intensité du resserrement musculaire.

(1) Observation de la femme Michel.

Mme Lachapelle nie absolument la possibilité de cet accident. Elle ne croit pas que le sang puisse s'accumuler et séjourner entre l'œuf et l'utérus (1).

Nous aurions probablement continué à être de son avis, si nous n'avions pas eu la triste occasion de voir un fait devant lequel le doute n'était plus possible.

Jacquemier en relate cependant plusieurs cas qu'il a puisés soit dans sa pratique, soit dans les publications de différents auteurs, Peu, Gendrin, Balme, Baudelocque, Delaforterie; M. Tarnier, dans le cours qu'il a professé à la Faculté de médecine (leçon du 4 juillet 1887), après avoir rappelé ces faits, y a ajouté dix cas cités par Goodell et 8 nouveaux observés à la Maternité de Paris, dont 1 cas suivi de mort.

Quelques-uns des symptômes locaux signalés par Jacquemier et les auteurs qu'il cite, ne sont pas tout à fait semblables à ceux que nous avons constatés nous-même ; il parle de la dureté des parois de l'utérus, tandis que nous avons toujours observé l'empâtement ou *tension pâteuse* des parois. Trouverons-nous un jour un fait nous obligeant à changer d'avis, c'est possible, mais, jusqu'à présent, c'est l'empâtement, et non la dureté que nous avons observé. Il dit aussi que le sang qui s'écoule est rouge vermeil; nous attirons au contraire l'attention sur sa coloration noire et son aspect sirupeux.

Dans le diagnostic différentiel nous rappellerons cette coloration et cet aspect, et les signalerons comme causes d'erreurs. Mais nous dirons avec Jacquemier que le sang qui s'écoule au dehors, n'augmente en rien la gravité des symptômes généraux; ce sang étant, le plus souvent, hors de la circulation depuis longtemps.

On peut confondre l'hémorrhagie gravidique mixte, dit-il encore, avec la rupture d'un kyste fœtal dans une grossesse extra-utérine. Nous croyons qu'on peut surtout la confondre avec la rupture utérine. Nous avons été, une fois, sur le

(1) Mme LACHAPELLE. *Pratique des accouchements*, 1825. Tome II, p. 352.

point de commettre cette erreur. C'est pour cette raison que nous insisterons particulièrement sur elle,

Il s'agissait d'une femme amenée de la ville, presque exsangue, qui perdait par les voies génitales du sang noirâtre, sirupeux comme dans la rupture utérine, et chez laquelle nous constations outre l'irrégularité de forme de l'utérus, une vive douleur dans le point où cet organe avait cette forme irrégulière.

Nous ne pûmes établir le diagnostic qu'en nous basant sur l'état stationnaire des symptômes généraux, malgré la continuation de l'hémorrhagie (sang hors de la circulation depuis quelque temps déjà) et sur la persistance des contractions de l'utérus, peu intenses, très douloureuses, pendant lesquelles l'organe reprenait sa forme régulière.

On a confondu assez souvent l'hémorrhagie mixte avec l'hémorrhagie causée par l'insertion vicieuse du placenta. Pour en établir le diagnostic différentiel, nous ne pouvons mieux faire que de citer ce que M. le professeur Tarnier a dit, à ce sujet, dans une leçon clinique qu'il fit à la fin de l'année 1890 (1).

Grossesse de 7 mois. Accouchement prématuré spontané. Hémorrhagie pendant le travail.

« Femme accouchant pour la troisième fois. Entrée à la Clinique parce que son ventre s'est mis subitement à augmenter de volume, en même temps qu'une légère perte de sang se fait par les organes génitaux.

« Cette femme avait les jambes enflées depuis quelques jours. Le travail se déclare. *Entre les contractions* du sang s'écoule par la vulve.

« L'enfant naît bientôt; à sa suite sont expulsés un certain nombre de caillots. L'utérus, néanmoins reste gros; on croit, mais à tort, à une grossesse double; ce qui remplissait l'utérus était le placenta et avec lui 1050 gr. de caillots qui ont été expulsés après le délivre.

(1) Cette leçon a été recueillie et nous a été communiquée par M. le Dr Demelin.

« Il s'est agi ici, d'une hémorrhagie qui s'est faite *dans* la cavité utérine *avant* la naissance de l'enfant.

« Le placenta est circulaire, large et mince. Ses diamètres, à peu près tous égaux entre eux, mesurent 21 cent. Les membranes sont rompues d'un côté à 5 cent. du bord placentaire : 21 cent. de placenta, plus 5 de membranes font 26 cent., c'est à-dire précisément, la hauteur du corps de l'utérus à cette époque de la grossesse. Ce n'était donc pas une insertion vicieuse du placenta.

« Dans les cas de placenta prævia l'hémorrhagie se fait sans douleur ; si le placenta est marginal, on trouve, par le toucher, les membranes très épaisses. En outre, le placenta prævia détermine une hémorrhagie *externe*, le sang ne s'accumule pas dans la cavité utérine ; il *sort surtout* pendant les *contractions si les membranes sont intactes*.

« Si les membranes sont rompues, l'enfant comprime le placenta et la paroi utérine, l'hémorrhagie s'arrête pendant les contractions, mais elle reprend pendant leur intervalle.

« Dans les cas de placenta prævia, il n'y a pas d'augmentation subite du volume du ventre, pas de douleurs abdominales, pas d'œdème des jambes, pas d'affaiblissement ou d'anémie sans hémorrhagie externe. Le sang est pur et rouge.

....

« En résumé, cette hémorrhagie interne se caractérise par l'augmentation subite du ventre *qui durcit en même temps* et devient douloureux ; en outre, apparaissent les phénomènes d'anémie plus ou moins graves ; l'accouchement se déclare et la femme peut mourir avant sa terminaison.

« Les deux grandes causes les plus connues, sont : l'albuminurie comme cause prédisposante ; le traumatisme et principalement les coups sur le ventre comme causes occasionnelles. »

A notre tour nous résumerons cette symptomatologie en disant : Les symptômes caractéristiques de cette hémorrhagie sont : l'augmentation, l'irrégularité et l'empâtement du ventre, une douleur vive, des troubles généraux graves, alors même que la perte externe est légère.

Nous ajouterons qu'une erreur de diagnostic nous semble

possible dans le cas où le sang coagulé (comme dans l'observation de la femme Michel), arrive jusqu'au col de l'utérus ; dans ce cas, pendant le toucher, le bord du caillot peut en imposer pour le bord du placenta sur lequel du sang se serait coagulé ; la crainte que l'on a d'augmenter l'hémorrhagie en décollant ce caillot, fait que l'on n'ose pas insister pour compléter le diagnostic. C'est dans ces cas surtout, que le palper et les commémoratifs seront indispensables pour reconnaître la nature de l'accident.

Louise Bourgeois a certainement vu des faits semblables. En parlant de femmes mortes d'hémorrhagie avant l'accouchement au chapitre V de son livre : *qu'il y a un accident où il faut promptement accoucher une femme à quelque terme que ce soit pour conserver sa vie*, elle dit :

« Il se voit des femmes qui étant subjectes à de grandes « fluxions, lesquelles prennent leur cours le long de l'épine « du dos, viennent à passer par la matrice *aux unes*, elle « se mesle parmi le sang qui va pour nourrir l'enfant, qui le « rend chétif et mal nourri, dont s'ensuit à plusieurs, accou- « chement avant terme, sans avoir grande perte aupara- « vant.

« *Aux autres, elle s'écoule dans la matrice à l'entour des « membranes.*

« Dans ce cas, le traitement consiste dans la rupture des « membranes, avant le début du travail, et l'extraction du « fœtus.

« Il faut rompre les membranes qui environnent l'enfant, « ainsi que l'on ferait une porte pour sauver une maison du « feu, et le tirer par les pieds. »

Elle ajoute plus loin : « J'employai cette pratique devant « MM. le Fébute, le Moine et de l'Isle qui l'approuvèrent. « M. le Feure récita cette pratique là aux Escoles de médecine « et dit qu'en tel cas il conseillait aux assistants d'y procé- « der de même. »

Donc, le mérite de ce mode d'intervention, qu'on attribue à Puzos et qui fut préconisé par Deventer et plusieurs autres

accoucheurs, revient inévitablement à Louise Bourgeois (1).

Pronostic. — Le pronostic est grave surtout pour le fœtus. Dans nos 27 cas, nous trouvons 19 enfants morts.

Pour les mères, nous notons 2 morts : l'une, la femme Michel, éclamptique, mourut 2 heures après son entrée à la Maternité ; la 2e était excessivement affaiblie lorsqu'elle nous fut amenée. Toutes deux étaient très albuminuriques.

Dans nos 27 observations, presque toutes les femmes étaient albuminuriques, 3 étaient éclamptiques.

Nous notons 12 accouchements à terme.
15 avant terme.

Sur ces 15 cas, il y en eut	1 à 5 mois 1/2 ou 6 mois.
	11 entre 7 mois et 7 mois 1/2.
	2 à 8 mois.
	1 à 8 mois 1/2.

Traitement. — Pour la conduite à tenir, nous n'avons presque rien à ajouter aux conseils donnés par Louise Bourgeois, « rompre les membranes et tirer l'enfant par les pieds ». Si la dilatation le permet, c'est la meilleure conduite à suivre; mais si la dilatation n'est pas faite, ou si la femme n'est pas en travail, avant d'en venir à la rupture des membranes, nous conseillerions de faire des injections fréquentes à 48° ou 50° toutes les 30 minutes environ, puis d'essayer de dilater le col et de terminer l'accouchement le plus rapidement possible.

Si les membranes étaient rompues, nous hésiterions à faire d'aussi fréquentes injections à 48° ou 50°, redoutant pour la peau du fœtus vivant le contact du liquide aussi chaud.

Dans le cas où le fœtus serait mort, nous hésiterions encore davantage sachant que cette température élevée amène rapidement des phénomènes de putréfaction.

Dans ces cas, toute notre attention serait portée sur le col

(1) **Puzos** est né en 1686, **Deventer** en 1719. Le livre de **Louise Bourgeois** a été édité en 1609.

de l'utérus que nous chercherions à dilater par tous les moyens connus.

Dans le traitement il faut aussi tenir compte des symptômes généraux. Pour lutter contre l'anémie on prescrira : le décubitus dorsal, les boissons alcooliques, le jus de viande, le lait, les piqûres d'éther. En outre, nous faisons habituellement dans ces cas, respirer de l'oxygène et nous nous trouvons très bien de ce moyen.

OBSERVATION I. — *Éclampsie, hémorrhagie. Mort de la femme avant le travail.*

La nommée Persigny, femme Michel, multipare, 10e grossesse, est amenée à la Maternité, le 16 août 1886, à 2 heures 30 du matin.

Elle a eu chez elle 8 accès d'éclampsie ; la veille, à midi, et dans le courant de la nuit, son mari la fait transporter à l'hôpital où elle arrive souillée de sang sur toute la surface du corps.

Le cou et la poitrine sont le siège de caillots provenant de l'application de sangsues dans les régions mastoïdiennes. Par les organes génitaux, cette femme perd aussi des caillots ; son mari dit que l'hémorrhagie se continue depuis la veille, 10 heures du soir. Cette malade est très affaiblie, d'une pâleur extrême ; son pouls est à peine perçu à la radiale, il bat 140 fois à la minute, la température est à 36°,6.

L'examen obstétrical permet de constater que la tête est à l'hypogastre, le dos à gauche, l'extrémité pelvienne au fond de l'utérus. Pas de bruits fœtaux à l'auscultation. Le diagnostic d'hémorrhagie interne n'est pas fait.

Femme non en travail. Sommet. Col court, ouvert et ferme. Membranes entières. Urines très albumineuses.

Mme Henry sent, en arrière de l'orifice, un relief ressemblant à un point du bord placentaire ; elle rompt les membranes parce que cette femme continue à perdre du sang et la tête vient appuyer sur l'orifice. L'hémorrhagie s'arrête. De temps en temps, on fait des injections vaginales et on les continue à 48° avec de l'eau boriquée. La patiente ne perd plus ; mais, à 4 heures 30 du matin, elle devient plus pâle encore et sa respiration s'accélère. Du sang s'accumule, évidemment, derrière la tête, puisqu'il ne s'en écoule pas au dehors.

L'état d'affaiblissement s'accentue malgré de nombreuses injections hypodermiques d'éther, et à 5 heures du matin, cette femme meurt sans avoir repris connaissance, 2 heures 1/2 après son entrée dans la maison.

Autopsie. — Le placenta inséré au fond de l'utérus et à gauche, est décollé dans une certaine étendue, et du sang coagulé, en très grande quantité, accumulé entre l'œuf et la surface interne de l'utérus a refoulé les membranes.

Le placenta était inséré loin de l'orifice, et ce que Mme Henry avait pris pour un bord placentaire était un relief formé par un caillot, arrêté à cet endroit, les membranes étaient adhérentes au-dessous du caillot.

Mère et enfant morts.

OBS. II. — *Hémorrhagie mixte. Femme albuminurique. Accouchement spontané à terme. Enfant macéré.*

La nommée Throismont, femme Herse, est amenée à la Maternité le 12 avril 1888, à six heures du soir, dans un état assez grave.

Elle perd du sang depuis 10 heures du matin.

Elle est pâle, ses lèvres sont décolorées.

Mme Henry examine cette femme et pense d'abord, en voyant le développement irrégulier de l'utérus et l'écoulement d'un sang sirupeux par les voies génitales, que cette femme a une rupture utérine.

L'utérus est très développé; ses parois tendues et pâteuses empêchent de distinguer aucune partie fœtale.

Auscultation nulle.

Col long, ouvert dans toute son étendue.

Membranes entières. Sommet élevé.

Urines très albumineuses.

Dans le but d'amener l'assouplissement du col et mettre fin à l'écoulement sanguin, Mme Henry fait faire des injections à l'eau bouillie et à 48°.

Le travail se déclare, la dilatation se fait progressivement et à 1 heure 45 du matin, elle est complète ou à peu près. Les membranes se rompent spontanément et l'expulsion du fœtus a lieu en quelques contractions seulement. L'enfant était macéré, à terme, du poids de 3080 gr. La délivrance est naturelle. Derrière le placenta on trouve d'énormes caillots de sang noirâtre pesant 1030 gr. Le placenta est décoloré.

Suites de couches normales. Mère partie en bon état.

Cette femme était accouchée 8 fois spontanément d'enfants vivants, et une fois à l'aide d'une version pelvienne par manœuvres internes.

Enfant mort.

OBS. III. — *Hémorrhagie interne.* 600 *gr. de caillots. Accouchement spontané de* 5 *mois* 1/2 *à* 6 *mois. Enfant mort après quelques inspirations.*

Le 29 novembre 1890 à une heure du matin, la nommée Verdin, femme Mariel se présente à la Maternité.

Elle se plaint de douleurs abdominales survenues dans la nuit du 25-26 novembre 1890, s'accompagnant d'écoulement sanguin assez abondant.

Les douleurs sont moins vives, mais elle perd encore un peu de sang. Elle est pâle, seulement ses muqueuses ne sont pas décolorées et le pouls est bon.

Le palper abdominal détermine de vives douleurs du côté droit.

L'utérus est très développé et irrégulier. Mme Henry constate de *l'empâtement à droite,* ce qui lui fait faire le diagnostic d'hémorrhagie interne.

Les bruits fœtaux s'entendent sourdement et paraissent éloignés.

Le col est long, ouvert jusqu'à l'orifice interne, le pôle fœtal inférieur est élevé.

La parturiente souffre toute la journée du 29 novembre 1890; elle s'agite dans son lit.

Dilatation complète à 3 heures du soir. Rupture spontanée des membranes et expulsion d'un fœtus en présentation du sommet position O.S.

Cet enfant meurt peu de temps après sa naissance.

Délivrance naturelle 10 minutes après,

Le placenta est expulsé avec de gros caillots (600 gr. environ). Il est petit; sa face utérine présente une dépression en cupule imitée par un rebord saillant. Au niveau de cette dépression, les cotylédons sont aplatis, affaissés et décolorés. Suites de couches normales. Mère partie en bon état.

DU TRAITEMENT ÉLECTRIQUE EN GYNÉCOLOGIE

Par le Dr **Mally**.

Nous avons l'intention de passer en revue, dans le présent article, les diverses méthodes de traitement électrique appliqué à la gynécologie en général et aux fibromes utérins en particulier. Quelques considérations sommaires sur la partie théorique de la question vont nous permettre de diviser notre sujet en deux parties bien distinctes et très inégales. Dans la première nous considérerons les méthodes basées sur l'emploi des courants galvaniques ou méthodes *électrolytiques ;* dans la seconde, qui sera une courte contre partie de la première, nous exposerons la méthode basée sur l'emploi des courants induits ou sans électrolyse.

Il est nécessaire avant d'aller plus loin, de définir ce que nous entendons ici par électrolyse : ce phénomène pris en lui-même est une action générale qui se produit chaque fois qu'une quantité d'électricité quelconque, décharge instantanée ou courant d'une certaine durée, passe à travers un liquide contenant des sels en dissolution.

Nous entendons ici par méthodes électrolytiques, celles qui ont pour but de provoquer la formation d'une eschare au moyen de l'application d'un courant galvanique pendant un certain temps.

L'historique de la question est suffisamment connu pour que nous puissions nous dispenser d'y insister.

Tripier, bien avant Apostoli, qui fut son élève, avait mis en pratique la galvanisation et la faradisation de l'utérus dans les maladies des femmes.

Cutter paraît être le premier qui se soit livré à un traitement systématique des fibromes utérins par l'électricité. Il procédait par galvanopuncture à travers la paroi abdominale. Dès 1883, M. Apostoli publia un exposé complet d'une

méthode de traitement basé sur l'emploi des courants galvaniques.

M. Apostoli préconise l'emploi des hautes intensités mesurées en unités électriques par un galvanomètre. Disons tout de suite que l'emploi de cet instrument, qui était du reste d'un usage courant, est une chose indispensable lorsqu'on applique un courant galvanique. Malheureusement et grâce à certains abus de langage qui existaient avant eux, les partisans de l'électrolyse ont une tendance à rapporter tous les effets thérapeutiques de l'électricité à une question d'intensité. Dans les publications de M. Apostoli et surtout de ses élèves, on voit fréquemment comparer le courant électrique à une chose palpable qui par son passage à travers les tissus produirait sur son chemin des actions plus ou moins évidentes, l'électricité est devenue pour eux un médicament dosable dont le galvanomètre est la balance.

Pour être bien sûr de l'appliquer à l'endroit précis où l'on croit son action utile, on se sert de trocarts plantés au sein même d'une tumeur.

Or, rien n'est moins justifié qu'une pareille manière de voir : à part l'action polaire sur laquelle nous insisterons en partie tout à l'heure, nous ne savons rien sur la façon dont l'électricité se comporte à travers les tissus. Les produits de l'électrolyse en particulier n'apparaissent jamais dans la partie interpolaire du circuit mais seulement au contact des électrodes. A l'encontre de ces faits cependant on objecte couramment qu'après le passage du courant la portion du corps humain reste polarisée et qu'on observe un courant secondaire contemporain de la dépolarisation. Il y a longtemps qu'on a fait justice de ce fait exact comme observation, mais dont l'interprétation est défectueuse. M. Vigouroux en effet a démontré que le travail de polarisation se passait tout entier dans les électrodes ou dans l'eschare, et que jamais le corps humain ne pouvait fonctionner comme une pile secondaire (1).

(1) A ce sujet qui est un point très délicat d'électro-physiologie, nous ren-

C'est grâce à ces idées cependant que l'emploi du courant galvanique s'est pour ainsi dire généralisé en gynécologie, chacun s'est évertué à déterminer le chiffre de milliampères que réclame telle ou telle lésion, telle ou telle catégorie de fibromes, et sans tenir aucun compte des travaux existant déjà sur la question, tels que ceux de Duchenne de Boulogne, de Tripier, par exemple, on s'évertua à édifier une théorie nouvelle sur des bases d'électro-physiologie au moins très discutables.

En effet, lorsqu'on intercale dans un circuit traversé par un courant, une portion quelconque du corps humain, il se produit entre autres effets, un phénomène chimique bien connu et parfaitement défini qu'on appelle électrolyse.

Si on prend un exemple simple pour fixer les idées, une solution saturée de sulfate de cuivre, par exemple, aussitôt qu'on ferme le circuit, le métal vient se déposer sur l'une des électrodes, la négative, l'acide sulfurique sur la positive ou à son voisinage immédiat. Les éléments de la décomposition n'apparaissent jamais dans la masse même du liquide. Or la quantité d'électrolyte décomposée dépend uniquement de la quantité d'électricité qui passe.

La quantité d'électricité qui a pour unité le coulomb, est déterminée par l'intensité du courant et le temps de sa durée.

Ainsi un courant de 1 ampère réduit exactement 0 gr. 00033 de cuivre, etc. (Joubert).

Un demi-ampère pendant 2 secondes ; un dixième d'ampère pendant 10 secondes produiraient le même résultat.

Il est bien évident qu'on ne saurait appliquer ces résultats dans la pratique, par la bonne raison que la composition chimique de l'électrolyte humain nous est complètement inconnue, qu'elle varie d'un moment à l'autre et enfin que les réactions chimiques d'un milieu organisé et vivant ne sont

---

voyons le lecteur à la thèse de M. G. Weiss, 1890. L'auteur, du reste, arrive à des conclusions contraires. On pourra s'y convaincre néanmoins, pensons-nous, qu'il serait au moins téméraire de prendre cette action comme base d'un traitement rationnel, du moins en l'état actuel de la question.

pas comparables à celles d'une solution titrée. C'est cependant la seule chose que la notion d'intensité liée à celle du temps nous permettrait de calculer exactement.

L'eschare elle-même qui est le résultat permanent de l'électrolyse ne peut être appréciée ni en étendue ni en profondeur en fonction de l'intensité, même pour une surface d'électrode déterminée, comme le veut Fr. Martin (1) ; l'escharification étant un phénomène purement physiologique, on conçoit que l'action caustique sera plus ou moins énergique selon que la quantité de produits caustiques mis en liberté par l'électrolyse sera plus ou moins grande pour un temps donné, et selon la nature ou la vitalité des tissus intéressés, ou si l'on veut : une quantité d'électricité s'écoulant dans un temps donné produit une certaine eschare. On ne saurait en rien affirmer qu'une quantité double d'électricité s'écoulant dans le même temps produira une eschare double de la première. Là encore la notion d'intensité ou si l'on veut le chiffre des milliampères ne saurait nous servir de guide ni nous fournir un moyen de contrôle sur ce sujet.

C'est là, du reste, que se borne ce que les partisans de l'électrolyse appellent l'action polaire du courant. On a décrit sous le nom d'action interpolaire les effets généraux de l'électricité, phénomènes obscurs dont la raison et le mécanisme nous échappent du reste complètement. Cette action *interpolaire* qui, pour M. Apostoli, est une action trophique dynamique vitale ; pour d'autres, au contraire, dystrophique, produisant la dégénérescence graisseuse de la tumeur (J. de la Torre), n'a pas manqué d'être reliée d'une façon très précise à l'intensité du courant.

M. Apostoli prétend qu'elle varie exactement comme le carré de l'intensité utilisée et plus loin, comme l'énergie du débit.

Si l'on veut exprimer par là une simple vue théorique paraissant aux yeux du praticien plus ou moins en rapport

---

(1) *Journ. of American and med. Association*, 5 janv. 1887.

avec les faits observés, il n'y a rien à dire ; cependant, on pourra trouver au moins étrange de comparer un résultat aussi vague et aussi incertain à une quantité qui a le caractère de l'absolu mathématique, il suffit d'être prévenu, mais l'on avouera qu'au premier abord ce langage pourrait en imposer et fausser les idées. Remarquons, en outre, en passant, que les termes d'intensité et d'énergie sont souvent employés dans le même sens, le rapprochement ci-dessus est dans le texte. Il faudrait s'entendre une bonne fois car l'énergie électrique est une valeur bien déterminée et tout à fait différente de l'intensité. Tandis que l'intensité est une unité simple, l'unité de débit, l'énergie électrique a pour expression le produit de la force électromotrice par l'intensité dans un temps déterminé, c'est ce qu'on appelle un travail. L'unité d'énergie s'appelle le Watt ; elle est représentée par un courant de force électromotrice égale à 1 Volt, d'intensité de 1 ampère pendant 1 seconde. Or, jusqu'ici, aucun gynécologue, du moins à notre connaissance, n'a noté la force électromotrice du courant ; ceci nous paraît regrettable, car si l'emploi des unités électriques en électrothérapie peut servir à jeter quelque lumière sur cette intéressante question, et pour nous, nous en sommes intimement convaincus, c'est évidemment sous cette forme qu'il conviendrait de noter les différentes applications de l'agent électrique.

(*A suivre.*)

REVUE CLINIQUE

PRIMIPARE HYSTÉRIQUE. — SOMMEIL HYPNOTIQUE PENDANT L'ACCOUCHEMENT

Par le Dr **Oui**, chef de clinique obstétricale à la Faculté de Bordeaux.

Nous avons eu l'occasion d'observer pendant nos études à la Maternité de Rochefort, un cas de sommeil hypnotique

qui nous a paru intéressant à étudier à quelques points de vue.

La nommée Justine D..., âgée de 25 ans, entre à l'hôpital le 21 août 1889.

C'est une femme de petite taille, robuste, mais atteinte d'une légère claudication sur laquelle nous reviendrons plus loin. Il est impossible d'avoir d'elle des renseignements précis sur ses antécédents tant héréditaires que personnels. Elle répond d'une façon très vague. et se contredit continuellement. Tout ce que nous pouvons obtenir d'elle c'est que, il y a environ deux ans, elle a été atteinte sans cause connue de douleurs dans le membre inférieur gauche, douleurs qui ont été accompagnées de claudication, et qui ont nécessité quatre fois son entrée à l'hôpital. Elle ne nous donne aucun renseignement sur les soins qu'elle reçut alors.

Elle a eu ses règles pour la dernière fois, le 21 novembre 1888. Au début de la grossesse, sa santé a été excellente; mais, dans le courant du mois de février, elle été atteinte de bronchite, et est entrée dans le service de M. le Dr Bourru. Elle en est sortie le 14 mars; sa bronchite était guérie.

Pendant son séjour dans ce service, elle avait été soumise, pour traiter une coxalgie hystérique diagnostiquée par M. le Dr Bourru à la suggestion hypnotique. Ce traitement avait donné des résultats très appréciables. Au moment de la sortie, les douleurs avaient presque complètement disparu; mais la claudication persistait.

L'examen que nous pratiquons à son entrée dans le service, nous permet de constater que cette femme est enceinte d'environ neuf mois, et que l'enfant, vivant, se présente par le sommet, en position O.I.D.P. La tête est engagée dans l'excavation.

Il n'y a rien de spécial à noter chez elle, du côté des appareils digestif, circulatoire et respiratoire. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

En examinant chez elle l'état de la sensibilité, nous trouvons de larges plaques d'anesthésie à la face dorsale des mains et des pieds. Des plaques d'analgésie très nettes et assez étendues se trouvent sur la face interne et la partie antérieure des cuisses. Analgésie complète de la conjonctive.

Le champ visuel n'a pas été exploré. Nous avons alors examiné le squelette, qui ne présente rien de bien particulier, si ce n'est que

le thorax est légèrement en carène. La mensuration des membres inférieurs nous a donné les résultats suivants :

Membre inférieur gauche :

De l'épine iliaque antéro-supérieure à la pointe de la rotule.................... 43 centim.

De l'épine iliaque antéro-supérieure à l'extrémité du gros orteil......... .. 93 centim.

Membre inférieur droit :

De l'épine iliaque antéro-supérieure à la pointe de la rotule.................... 45 centim.

De l'épine iliaque antéro-supérieure à l'extrémité du gros orteil............. 95 centim.

Cette femme entre en travail le 1er septembre vers 9 heures du matin ; mais à ce moment, les contractions utérines sont très espacées, les douleurs faibles. Vers trois heures de l'après-midi, les contractions deviennent plus énergiques et plus fréquentes, et la malade se plaint assez vivement.

Nous lui proposons alors de l'hypnotiser : mais elle refuse. Cependant, nous arrivons à la persuader et par la pression des globes oculaires et l'occlusion des paupières, nous obtenons le résultat cherché. La parturiente reste calme, les yeux fermés, ne faisant aucun mouvement ; c'est à peine si elle pousse une légère plainte au moment de la contraction utérine, alors que, auparavant, elle accusait de vives douleurs. Malheureusement il nous est impossible de la maintenir dans cet état. Elle se réveille à chaque instant, et finit par refuser de se laisser endormir.

Devant sa résistance, nous cédons, et laissons le travail continuer jusqu'à 8 h. 3/4.

A ce moment, la dilatation est complète, la tête appuie sur le périnée. La femme commence à pousser ; elle jette des cris aigus, et accuse de très vives douleurs. Notre ami, le Dr Doublet, qui l'a hypnotisée dans le service de M. le Dr Bourru, pour traiter par la suggestion sa coxalgie hystérique, lui propose alors de l'endormir. Elle accepte, et est alors plongée dans le sommeil par occlusion des paupières et pression des globes oculaires. Mais dès qu'on cesse la pression, on la voit s'éveiller au moment de la douleur. Aussi est-on obligé de continuer pendant toute la période d'expulsion, cette compression des globes oculaires.

Pendant tout ce temps, la figure reste absolument calme, et la

patiente ne pousse pas un cri. De plus, elle obéit parfaitement à nos ordres, poussant lorsque nous le lui ordonnons, cessant tout effort avec la même docilité. Nous arrivons ainsi à régler parfaitement la sortie de la tête, et à 9 h. 15, cette femme met au monde un enfant du sexe féminin pesant 3 kilogrammes. Nous la réveillons alors. Elle est très étonnée lorsque nous lui présentons son enfant, et nous déclare qu'elle n'a ressenti aucune douleur.

Délivrance rapide et complète sans incident.

Trois faits nous paraissent particulièrement intéressants dans cette observation :

En premier lieu, nous notons ce point singulier, c'est que cette malade qui n'a pu être endormie ou plutôt qui n'a pu être maintenue dans le sommeil hypnotique pendant la période de dilatation, a été au contraire très bien endormie pendant la période d'expulsion. Or c'est justement dans cette période du travail, que l'hypnose s'obtient d'habitude le plus difficilement. Des seize observations recueillies par Auvard et Secheyron dans leur travail sur l'hypnotisme et la suggestion en obstétrique, une seule, celle de Pritzl mentionne la provocation du sommeil pendant les douleurs de l'expulsion. Mais, en lisant cette observation, on s'aperçoit que, au moment où le sommeil hypnotique a été provoqué, l'orifice du col « était perméable pour trois doigts ». En réalité, c'est pendant la période de dilatation que Pritzl a endormi sa malade.

Dans le cas qui nous occupe, il est important de remarquer que les tentatives d'hypnotisation on été faites par deux expérimentateurs. Alors que nous avions échoué dans nos premières tentatives, le Dr Doublet a réussi à provoquer le sommeil assez facilement. Or il avait déjà hypnotisé plusieurs fois cette femme, dans un but thérapeutique. Il nous paraît très probable que cette circonstance a joué un rôle important, et que si notre ami a réussi là où nous avons échoué, il a dû son succès à la confiance qu'il inspirait au sujet, confiance justifiée par le soulagement

qu'il avait apporté à ses souffrances, pendant qu'elle était atteinte de coxalgie hystérique.

Un second point non moins intéressant, est celui-ci : Dans quel état hypnotique se trouvait exactement notre patiente ? Nous pouvons écarter de prime abord l'état de somnambulisme et l'état cataleptique. L'état que nous avons observé se rapproche beaucoup de la léthargie. Comme dans la léthargie, nous avons trouvé chez notre malade la résolution musculaire et l'analgésie : mais nous n'avons noté ni l'exagération des réflexes, ni le phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire. En résumé, nous nous sommes trouvé en face d'un état hypnotique fruste, dont les caractères se rapprochent plutôt de la léthargie que de la catalepsie ou du somnambulisme.

Enfin, en dernier lieu, nous ferons remarquer combien il a été nécessaire de prolonger la compression des globes oculaires pour arriver à un résultat satisfaisant. Il est de règle, en effet, qu'une simple excitation d'une zone hypnogène suffit pour provoquer le sommeil, et que la malade ne sort de l'état ainsi provoqué que sous l'influence d'une nouvelle excitation portée sur cette zone, ou grâce à une pression exercée sur une zone hypno-frénatrice. Or, dans le cas que nous venons de rapporter, la patiente sortait d'elle-même au bout de quelques minutes de son état hypnotique, et ce n'est que grâce à une compression constante que nous avons pu obtenir la prolongation du sommeil. Le même fait, bien que moins marqué ; est noté dans une observation de MM. Auvard et Varnier. On fut obligé de recommencer plusieurs fois la compression des globes oculaires, la femme se réveillant fréquemment sous l'influence des contractions utérines.

Cette nécessité de comprimer plus longtemps, plus fréquemment, ou même sans interruption une zone hypnogène, pour maintenir la parturiente dans le sommeil, nous paraît devoir être regardée comme le résultat d'un état intermédiaire entre celui des femmes qui restent hypnotisables aussi facilement pendant le travail que dans les jours qui pré-

cèdent et celui des femmes qui, comme celle observée par MM. Budin et Féré, hypnotisables pendant toute leur grosesse cessent de l'être dès que le travail commence. Il y a évidemment, au moment du travail, et sous son influence, une modification du système nerveux, modification dont les degrés sont essentiellement variables, et qui influe sur la provocation des différents états hypnotiques, rendant cette provocation plus ou moins facile et agissant également sur l'hypnose.

Avant de terminer, nous pensons qu'il est bon de faire remarquer que, pendant le sommeil, nous nous sommes contenté d'assurer à la femme d'une façon très douce, et sans y insister, qu'elle ne souffrait pas au moment des contractions utérines. Nous pensons, en conséquence, que l'analgésie que nous avons constatée était due surtout à l'état hypnotique, et non pas à la suggestion.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(*Octobre* 1891.)

Castration incomplète.

M. Routier.— A notre dernière séance (1) M. Pozzi nous a entretenus d'opérations conservatrices qu'il a pratiquées sur des ovaires scléro-kystiques. Déjà, en avril 1891, je vous avais parlé de faits de ce genre, avec une opinion peu favorable ; mon avis n'a pas changé. Il va sans dire que je ne parle pas des néoplasmes : après avoir enlevé un ovaire, on vérifie l'état de l'autre qu'on respecte s'il est sain. Je ne considérerai, comme M. Pozzi, que les ovaro-salpingites, et encore les ovaires scléro-kystiques, avec trompe saine, sont-ils seuls en discussion. A mon sens, la chirurgie conservatrice est ici irrationnelle : l'anatomie pathologique, étudiée par Pilliet, par Conzette, nous apprend, en effet, que dans ces ovaires tout ovule évoluera vers la dégénérescence kystique.

(1) Voir *Annales de Gynécologie*, août 1891, p. 149.

Il en sera ainsi dans le moignon respecté et la femme, vouée à la stérilité, sera, en revanche, exposée à la récidive des accidents. Dans la discussion du Congrès de chirurgie sur les résultats éloignés de l'ablation des annexes, on a été unanime à déclarer qu'un des facteurs de l'insuccès était de laisser des morceaux d'ovaire, et même seulement une trompe. J'ai fait la castration à une femme qui avait une métrite hémorrhagique rebelle au curettage : j'ai laissé en place la trompe saine et les accidents ont récidivé, ce qui, soit dit en passant, est favorable à la théorie de Lawson Tait sur la menstruation, et j'ai dû faire enfin l'hystérectomie vaginale. Deux fois, d'autre part, chez des femmes atteintes de métrite avec rétroflexion et que le curettage avait débarrassées de leurs pertes mais non de leurs douleurs, j'ai redressé l'utérus par une hystéropexie en respectant d'un côté les annexes à peu près saines : quelques mois après je devais pratiquer l'hystérectomie vaginale. Ce serait peut-être un argument de faire des traitements de salpingite par l'hystérectomie vaginale, mais je dois faire remarquer que mes laparotomies n'avaient eu pour but que l'hystéropexie.

M. Pozzi. — Le point important est de savoir si mes opérées sont restées guéries : je les reverrai, mais M. Routier raisonne trop par aphorismes *a priori* quand il nous affirme la stérilité définitive de ces ovaires. L'expérience seule permettra de juger cette question ; je crois que l'on a fait souvent trop bon marché de la fécondité des femmes. Essayons de la conserver et le jeu en vaut la chandelle, et l'expérience est absolument justifiée puisqu'il s'agit d'une lésion de nature bénigne. Mais en tout cas je suis le premier à reconnaître que ce doit être une opération d'exception. Quant aux faits de M. Routier, ils sont trop complexes (métrite, rétroflexion, ovaro-salpingite) pour permettre une conclusion nette.

Hystérectomie vaginale pour suppurations pelviennes.

M. Terrillon a pratiqué 4 fois cette opération depuis *la discussion qu'elle a soulevée* (1), et croit ces faits importants pour le parallèle de l'hystérectomie et de la laparotomie. Il est à remarquer que chez ces 4 femmes il s'agissait de suppuration ancienne avec poussées récidivantes, fièvre hectique, fistules dans

(1) Voir *Annales de Gynécologie*, mars et mai 1891, p. 213 et 383.

le rectum et le vagin. Les principales particularités sont les suivantes :

1° Femme de 27 ans, malade depuis 2 ans, à la suite d'une fausse couche ; plastron abdominal remontant jusqu'à l'ombilic, utérus immobilisé dans une gangue inflammatoire. La laparotomie fut infructueuse d'abord, l'épiploon fut impossible à décoller et après lui avoir fait une boutonnière on arriva sur des anses intestinales dont il fallut abandonner la libération. Séance tenante l'hystérectomie vaginale fut pratiquée ; elle fut pénible mais put être menée à bout. Il est à noter qu'au 28e jour éclatètent des accidents dus à une poche purulente par rétention derrière la cicatrice vaginale trop tôt effectuée ; la fièvre céda lorsque le pus eut été évacué à travers une fistulette dilatée. Mais actuellement encore il persiste une fistule vaginale.

2° Femme de 23 ans, malade depuis 3 ans ; son histoire est identique à la précédente, sauf que l'hystérectomie ne fut faite que huit jours après la laparotomie impossible à terminer. Guérison sans encombre ; il s'agissait de lésions tuberculeuses.

3° Femme de 42 ans, malade depuis 9 ans, atteinte d'une éruption lichenoïde que M. Besnier attribua à la septicémie chronique ; albuminurie légère, vomissements presque incoercibles, fièvre vive. L'hystérectomie fut très laborieuse, il en résulta un état grave de choc. La guérison fut néanmoins obtenue en 28 jours et aujourd'hui l'éruption lichenoïde a disparu.

4° Femme de 33 ans, malade depuis 12 ans ; depuis deux mois douleurs continues, fièvre. Ici, l'opération ne put être à gauche absolument complète. Le vagin s'est bien cicatrisé, mais il persiste une fistule rectale, qui peut-être se tarira à la longue.

Ce dernier cas et le premier prouvent que le résultat obtenu ne sera pas toujours radical. Mais, d'autre part, les observations I et II démontrent que l'hystérectomie vaginale peut triompher de cas où la laparotomie a été impuissante. M. Terrillon, tout en contestant qu'il faille attaquer ainsi les abcès bien enkystés, reconnaît que c'est la méthode de choix pour les suppurations anciennes, étendues, avec fistule, avec adhérences et plastron abdominal volumineux.

Comme technique, M. Terrillon a pris l'habitude de déchirer directement les tissus avec le doigt contre la substance utérine, et de la sorte, il suffit de laisser à demeure une pince de chaque côté.

M. Richelot, qui communiquera bientôt sur ce point un mémoire, se borne à quelques réflexions. Lui aussi croit l'hystérectomie plus bénigne que la laparotomie pour les grandes suppurations complexes. Chez une femme, il a dû s'arrêter au milieu des adhérences intestinales et, séance tenante, il a incisé l'abcès par le vagin, selon la méthode de Laroyenne; après une guérison apparente, les accidents ont récidivé, et alors l'indication était bien évidemment de faire l'hystérectomie, laquelle eut plein succès. Dans ses opérations, aujourd'hui assez nombreuses, M. Richelot n'a jamais observé de rétention comme celle dont a parlé M. Terrillon, et il insiste, au contraire, sur la nullité des soins consécutifs.

M. Reclus enregistre les cas où la laparotomie a été démontrée impossible, où dès lors, l'hystérectomie est la seule opération admissible. D'autre part, la laparotomie n'est pas toujours radicale : chez une femme, il a observé à la suite une récidive, abordée cette fois avec plein succès, depuis 7 mois par l'hystérectomie vaginale. L'indication admise par M. Terrillon, par M. Richelot, est donc formelle. M. Reclus dit, d'autre part, avoir observé une fois un abcès secondaire, comme dans le cas de M. Terrillon. Depuis ce moment, il a coutume, le jour où il retire les pinces, d'enfoncer profondément le tamponnement iodoformé, et il n'a plus enregistré ce léger accident.

M. Bazy croit que que M. Richelot exagère la rareté de ces abcès tardifs : il a dû en inciser un à la femme dont il a déjà communiqué ici l'observation. Il a vu des faits analogues dans la pratique de Péan ; et d'ailleurs si on opère comme Péan, en rasant exactement l'utérus, il est évident qu'on ne peut pas vider toutes les poches.

M. Routier se rallie aux conclusions de M. Richelot. Dans un cas très grave, où l'utérus très friable ne put être enlevé entièrement, des matières fécales passèrent pendant un temps dans le vagin ; mais cette communication s'oblitéra peu à peu, et la malade est aujourd'hui guérie, ayant ses règles par son tronçon d'utérus.

M. Terrillon reconnaît que les rétentions purulentes sont rares, mais il a voulu prouver que Segond s'exagère peut-être la rapidité uniforme de la guérison.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

Séance du 8 octobre 1891.

Présentation. NITOT. « **La gouttière universelle** » s'adaptant aux diverses positions nécessitées pour toutes les opérations gynécologiques.

GENDRON. — **Intervention dans deux cas de septicémie par fœtus putréfiés** : 1) femme IIIpare, dont le dernier accouchement, datait de 2 ans 1/2. Vers 4 mois 1/2 de la 3e grossesse, elle fut prise, sans cause nettement indiquée, de vive douleur dans le côté droit du ventre, avec irradiations dans la cuisse du même côté, et vomissements. Puis, il survint de la sensibilité abdominale diffuse, une fièvre élevée et un écoulement vaginal glaireux, sanguinolent, dont la fétidité alla en s'accentuant; 8 jours environ après le début de ces accidents, la température était à 39°,7, le pouls à 120; les traits étaient tirés, le facies terreux, et l'utérus entra en contraction. Le travail fut terminé, artificiellement, par l'extraction, en plusieurs temps, d'un fœtus putréfié. Le lendemain de l'intervention, qui avait été entourée de rigoureuses précautions antiseptiques, la température tomba à 37°,2 et les suites de couches furent normales; 2) il s'agissait, dans ce cas, d'un travail à terme, chez une femme âgée de 30 ans, qui aurait fait plusieurs fausses couches de quelques semaines. Les eaux qui s'écoulèrent bien avant la dilatation complète étaient extrêmement fétides, et au bout de quelques heures de travail, la parturiente avait de la fièvre et paraissait très fatiguée. La dilatation tardant, le Dr Gendron incisa le col en arrière, débridement qui fut immédiatement suivi de la dilatation complète, fit 2 tentatives d'application de forceps qui échouèrent, et termina l'accouchement par la version qui fut difficile, parce que l'enfant était très volumineux, et gonflé par l'emphysème. Délivrance artificielle et nettoyage à fond de la cavité utérine sous un jet très chaud de liqueur de Van Swieten dédoublée. Pendant les premiers jours des suites de couches, il y eut un peu de fièvre, qui cessa complètement à partir du 5e.

R. L.

REVUE ANALYTIQUE

I. — Métrites. Maladies du col

De la question des métrites dans les maladies générales, aiguës et infectieuses. (Zur Frage ueber Endometritis bei acuten infectiösen Allgemeinerkrankungen), Massin. *Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd XL, Hft 1, p. 146.

Massin a utilisé 18 cas de mort, causée par des processus généraux, aigus, infectieux, pour l'étude des altérations anatomiques que ces affections produisent du côté de l'utérus. Ces cas se répartissent de la façon suivante : typhus à rechute 12, pneumonie croupale 2, typhus abdominal (fièvre typhoïde) 2, dysenterie 1, péritonite généralisée aiguë, d'origine inconnue, 1.

Après la relation détaillée de chaque cas, et l'exposition d'ensemble des altérations anatomo-histologiques constatées, l'auteur résume dans les considérations suivantes les résultats de ses recherches : « Les lésions consistent dans une inflammation parenchymateuse et interstitielle de la muqueuse, et dans une inflammation interstitielle de la musculeuse ». Dans tous les cas examinés, existait une endométrite, qui s'accompagnait d'hémorrhagies dans l'épaisseur et à la surface libre de la muqueuse, en sorte que la dénomination d'endométrite hémorrhagique conviendrait. Ces faits viennent corroborer les observations de Slavjansky, touchant l'endométrite hémorrhagique sous la dépendance du choléra. Ils sont, par contre, en opposition avec les observations faites par Queirel, mais il importe de remarquer que celles-ci sont absolument d'ordre clinique, et n'ont aucune base anatomique. D'ailleurs, il ne faut pas oublier que les épidémies ne se ressemblent pas dans toutes leurs manifestations, que par exemple une épidémie aura plus de tendance qu'une autre à produire des altérations de la muqueuse utérine; c'est là, vraisemblablement, la cause des contradictions apparentes dans les résultats annoncés.

D'autre part, l'analyse de ces 18 cas montre que *lorsqu'il y a association d'un processus infectieux avec un autre processus infectieux, les hémorrhagies sont plus étendues, les lésions de*

l'endométrite sont plus typiques, et que, même macroscopiquement, cette endométrite s'accuse en tant qu'endométrite hémorrhagique.

Pathogénie de l'endométrite hémorrhagique dans les maladies infectieuses. — La modification anatomique essentielle consiste dans un afflux sanguin, plus considérable à la matrice, et dans la stase veineuse, c'est-à-dire dans les modifications qui se rencontrent, dans les infections générales aiguës, au niveau de d'autres organes; dans certains cas, ces modifications se limitent à la stase veineuse, mais dans d'autres, les choses vont plus loin : la distension des vaisseaux devient excessive, les parois cèdent, il se fait des hémorrhagies multiples, abondantes dans l'épaisseur de la muqueuse et de la musculeuse utérine.

Les glandes sont le siège d'une inflammation parenchymateuse (tuméfaction trouble, dégénérescence granuleuse de l'épithélium, séparation de l'épithélium de la membrane propre, et pénétration d'éléments figurés du sang dans les cavités glandulaires). Ces altérations peuvent dépendre : 1° de l'infection même ; 2° des troubles de nutrition du tissu connectif péri-glandulaire, lequel est le siège d'une inflammation granuleuse aiguë. Cette inflammation est tantôt circonscrite, tantôt diffuse. Et il n'existe pas toujours un rapport direct entre l'intensité de cette inflammation granuleuse et le degré de la stase veineuse. Dans un cas même, où la congestion était intense et les raptus sanguins très nombreux, il n'y avait pas un seul élément granuleux dans le tissu de la muqueuse.

Il semble que l'endométrite passe par trois stades de développement : 1° affux sanguin, exagéré à la matrice, stase veineuse, inflammation vasculaire ; 2° inflammation granuleuse localisée (éléments ronds autour des vaisseaux et des glandes) ; 3° diffusion de cette inflammation.

L'auteur n'a pas étudié la question au point de vue bactériologique. Mais il émet l'hypothèse, qu'on introduira peut-être, bientôt, dans la science un nouveau mot : *l'endométrite bactérienne*, qui sera l'analogue de la néphrite bactérienne dont l'existence dans l'iléotyphus a été établie depuis peu.

R. L.

Sur un cas d'endométrite putride. (Di un caso di endometrite saprofitica), CLIVIO. *Annali di Ost. et Ginec.*, sept. 1890, p. 581.

Il s'agit d'une femme de 51 ans, qui avait un écoulement utérin

putride simulant une tumeur maligne du corps de l'utérus. L'auteur fit le raclage de la cavité utérine et la malade guérit rapidement. Des cultures et des inoculations faites avec le liquide provenant de l'utérus, permirent de reconnaître l'existence d'un certain nombre de microcoques surtout et de quelques bacilles.

P. MAUCLAIRE.

Des rapports de la dystocie avec l'endométrite. (Ueber Distokien und die Beziehung der Endometritis zu denselben), par LANDSBERG. *Therap. Monats.*, mars 1891.

L'avortement, qui souvent s'accompagne d'adhérences placentaires, est, comme celles-ci, lié, dans un grand nombre de cas, à une endométrite antérieure. Celle-ci est de même quelquefois la cause des adhérences placentaires dans l'accouchement à terme. De plus, comme dans 12 cas sur 45 de placentas prævia on trouve des adhérences placentaires, on peut se demander si le placenta prævia n'est pas comme l'adhérence la conséquence de l'endométrite, celle-ci paraît aussi jouer un rôle dans un certain nombre d'accidents, l'atonie en particulier.

Des cautérisations intra-utérines dans l'endométrite. (Die intrauterinen Atzungen bei Endometritis). SCHRADER, *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 15, p. 258.

Les cautérisations auraient l'inconvénient de provoquer des accidents, plus ou moins marqués, de péri-métrite et de para-métrite. Et ces accidents seraient d'autant plus à craindre que l'eschare produite par la cautérisation est plus dure, parce qu'en raison de son séjour plus prolongé, elle est susceptible de subir des phénomènes de putréfaction, et de devenir, par suite, un foyer infectieux. Mais, une autre circonstance pathogénique serait à considérer. Quand les contractions utérines physiologiques ne suffisent pas à expulser l'eschare cathérétique, il survient des contractions plus intenses, qui se traduisent par de véritables coliques utérines, suivies pendant quelques jours de phénomènes hyperthermiques, avec ou sans complication de péri- et de para-métrite. Or, ces complications devraient, suivant l'auteur, être rapportées à un processus de résorption plus intense, dépendant directement de la suractivité imposée à l'utérus par l'expulsion de l'eschare et de l'impulsion imprimée simultanément à la circulation lymphatique. En considération de ces faits, l'auteur a renoncé depuis plu-

sieurs années à la pratique des cautérisations intra-utérines, faites exclusivement, et leur a substitué le curettage. Seulement, dans les cas de récidives, il fait suivre le curettage d'une cautérisation, tout en ayant soin d'enlever l'eschare par un raclage immédiat et minutieux. R. L.

Traitement de l'endométrite par le crayon de chlorure de zinc. (Die Behandlung der Endometritis mittelst Chlorzinkstiffte), par R. SCHAEFFER. *Berl. klin. Wochenschr.*, 1891, n° 17, p. 413.

Schæffer a essayé le traitement de Dumontpallier sur 14 malades. Les dangers d'aménorrhée et d'oblitération du canal de l'utérus signalés par les auteurs français sont très réels, aussi le crayon ne doit être employé que chez les femmes chez lesquelles les fonctions génitales sont abolies.

Ce traitement peut rendre de grands services dans : 1° les ménorrhagies profuses survenant vers l'époque de la ménopause ; 2° l'endométrite catarrhale suppurée grave contre laquelle ont échoué tous les autres traitements ; 3° peut-être dans les myômes utérins hémorrhagiques, quand la cavité utérine n'est pas très dilatée.

Des cautérisations au chlorure de zinc dans les métrites. (Die intra-uterine chorzinkätzung bei der Behandlung der chronischen Metritis und Endometritis), par H. DOERFLER. *Münchener med. Woch.*, 24 mars 1891, p. 219.

La cautérisation intra-utérine par le chlorure de zinc constitue un excellent mode de traitement de la métrite chronique. Des cas de grossesse survenue après une stérilité de longue durée, permettent d'affirmer l'existence d'une régénération de la muqueuse.

Contribution à l'étude du traitement de l'endométrite chronique du corps par le crayon de chlorure de zinc, par GOFESTRE. *Th. de Paris*, 1890-91.

Suivant les idées de Thierry (de Rouen), Gofestre pense qu'en localisant l'action du crayon à la cavité utérine on se met à l'abri des atrésies du col ; l'endométrite du col guérit ensuite spontanément ou par un traitement simple.

Dystocie à la suite du traitement de l'endométrite par la pâte de Canquoin, par FOCHIER. *Lyon, méd.*, 3 août 1890, p. 479.

La malade avait été soignée par M. Dumontpallier en 1888 pour

des métrorrhagies traitées par des flèches de Canquoin introduites dans l'utérus. Cette méthode détermine des eschares de 3 à 4 millimètres d'épaisseur ; c'est ainsi que la muqueuse utérine peut être dépassée.

Au moment de l'accouchement on percevait dans le col un diaphragme et au-dessus une partie molle ressemblant à une fesse ; en enfonçant le doigt on sentait un autre diaphragme qui arrêtait la tête qui était distante de 7 centimètres environ. L'enfant étant mort, la crâniotomie fut faite. La malade guérit après avoir présenté quelques signes de péritonite.

P. MAUCLAIRE.

De l'endométrite. (Endometritis), ROBERT CORRY. *The Lancet*, novembre 1891, t. II, p. 1036.— Après un exposé sommaire et comparatif des phénomènes de l'évolution de l'œuf de la poule et de l'œuf humain, l'auteur insiste sur ce point, *qu'il ne faut pas considérer la muqueuse utérine comme une simple membrane de revêtement.* Sa destination est de fournir une coque, une enveloppe un nid à l'ovule ou à l'œuf, que l'œuf soit fécondé ou non fécondé. D'après l'auteur, *la menstruation n'est que l'avortement d'un ovule ou d'un œuf non fécondé.* Or, non seulement cet œuf non fécondé, mais aussi sa coque, son nid, doit être expulsé, et comme le nid ou la muqueuse est intimement reliée à l'utérus, l'expulsion s'accompagne d'hémorrhagie à l'époque de la ponte, ou, suivant l'expression consacrée pour l'espèce humaine, aux périodes menstruelles. Il ressort de là que les fonctions de la muqueuse utérine sont assez complexes, et qu'elle doit par conséquent subir cette loi générale d'après laquelle : *un organisme est d'autant plus exposé à devenir malade qu'il est plus complexe.* D'autre part, les agents les plus ordinaires de la maladie sont les germes extérieurs, et les conditions les plus favorables à leur pénétration dans l'utérus, la parturition et la gonorrhée. Une fois l'endométrite constituée (douleur, le plus souvent, localisée dans la région sacrée, avec irradiations vers les membres inférieurs, surtout du côté gauche ; leucorrhée ou plutôt xantorrhée, car l'écoulement est jaunâtre, ulcération au niveau de l'orifice externe ; ménorrhagie, dysménorrhée,...), le traitement le plus efficace consiste dans l'application intra-utérine de l'acide phénique saturé d'iode, de phénol ioduré. En général, deux applications

suffisent, la seconde étant faite trois semaines après la première. Quant au traitement médical, son importance est tout à fait secondaire, 1 gramme de bicarbon. de soude et 0,60 centigr. d'acide citrique dans environ 50 grammes d'eau, 3 fois par jour.

R. L.

Du traitement de l'inflammation de l'endométrium par l'intubation spécialement dans la variété puerpérale et les autres variétés septiques de l'inflammation. (On the treatment of inflammation especially in the puerperal and other septic forms), H. MILTON. *The Lancet*, octobre 1891, t. II, p. 871.

Le double but visé par l'auteur est le suivant : 1° assurer le libre écoulement des sécrétions morbides; 2° faciliter l'application sur l'endométrium de différents topiques, antiseptiques ou autres. Il a, pour réaliser ces conditions, imaginé un instrument qui ressemble à la canule bivalve, externe, employée dans la trachéotomie, mais ayant une courbure en rapport avec celle de l'utérus. Le pavillon est concave du côté des valves, de façon à recevoir les lèvres du col. Les valves, en argent dur, ont assez de ressort pour se maintenir, automatiquement, en place après qu'elles ont été introduites. L'introduction de l'instrument se fait au moyen d'une pince, ou mieux, en le guidant sur l'index de la main gauche. Il est exceptionnel qu'on soit dans la nécessité de se servir d'un spéculum. Ce procédé thérapeutique n'offre aucun danger, il assure parfaitement le drainage, et facilite les irrigations et les applications médicamenteuses. Suivent 4 observations favorables à la nouvelle méthode.

R. L.

Polype glanduleux (adénome) de l'utérus. Intermittences dans ses apparitions. Ablation à l'aide de l'écraseur. Guérison, par THIBAUDET. *J. d. Sc. méd.*, Lille, 1890, p. 108.

L'examen histologique de la tumeur permit d'y retrouver tous les éléments de la muqueuse du corps de l'utérus : tissu conjonctif, épithélium cylindrique et surtout les longues glandes tubulées si caractéristiques. Il s'agissait donc d'un adénome bien net.

P. MAUCLAIRE.

Perforation de l'utérus pendant le curettage, par FOURCAUD. *J. de méd. de Bordeaux*, 21 juin 1891, p. 524.

L'utérus fut perforé sur sa paroi postérieure; on fit aussitôt l'hys-

térectomie vaginale et la malade guérit complètement. M. Cassaët rapporte que dans un cas analogue un opérateur ne put ressaisir la curette qu'avec de longues pinces, puis étant sûr de son antisepsie, il laissa les choses en l'état sans recourir à une intervention plus importante ; la malade guérit.

M. Boursier pense que pour être sûr de l'antisepsie il faut que l'accident se produise à la fin du curettage.

P. Mauclaire.

Quelques faits d'atrésie utérine consécutive à la cautérisation par le crayon de chlorure de zinc, par Boursier. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 30 novembre, 1890.

Trois femmes traitées par l'introduction de crayons de chlorure de zinc de 4, 6 et 7 millimètres de diamètre ont eu des atrésies complètes de l'orifice interne du col, amenant la rétention des règles et nécessitant des interventions.

D'un nouvel emploi de l'ichtyol. (Neuer Beitrag zur Ichthyolbehandlung bei Frauen Krankheiten), par Hermann W. Freund, *Berlin. klin. Wochensch.*, 10 novembre 1890, n° 45, p. 1033.

L'ichtyol, qui n'est ni caustique, ni toxique constituerait au dire de Freund un succédané avantageux de l'iode et du chlorure de zinc dans le traitement consécutif au curettage.

Amputation d'un col ectropionné. (Amputation of a « tapiroid » cert vix), par William Goodell. *Medical News*, 10 mai 1890, vol. LVI p. 459.

Avec une observation à l'appui, l'auteur croit que le vrai traitement des troubles multiples provoqués par un col dont les lèvres son déchiquetées et ectropionnées, est l'amputation. La section doit porter au-dessus du tissu cicatriciel. Cette intervention n'expose qu'à l'ouverture du cul-de-sac postérieur, facile à éviter et d'ailleurs sans danger.

P. N.

Nouveau procédé de suture pour l'amputation de Schröder, par Jeannel. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, Paris, 10 janvier 1891, p. 18.

Ce procédé un peu complexe à la lecture a pour but de simplifier la suture classique de Schröder.

Du traitement du catarrhe du col. (Zur Behandlung des Cervicalkatarrhs). STRATZ, *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, Bd XVIII, Hft 2, p. 153.

L'auteur a expérimenté, parallèlement, pour le traitement du catarrhe du col, le chlorure de zinc, l'acide lactique, et l'excision conoïde du col (procédé de Schrœder). Mais, avant d'entrer dans l'exposition des résultats obtenus, il insiste sur ce point, que Bröse dont on connaît la communication si favorable à l'emploi du chlorure de zinc, et plusieurs autres auteurs semblent considérer la concomitance du catarrhe du col, des érosions et de l'endométrite comme un fait habituel. Or, ainsi que l'a très justement indiqué Schrœder il y a déjà longtemps, *il est exceptionnel que les affections cervicales s'étendent à la muqueuse du corps.* Sur 30 cas, où l'examen microscopique a été fait, l'auteur n'a relevé cette coïncidence que 5 fois. *Même quand il existait une sécrétion muco-purulente abondante, presque toujours l'endométrium était normal.* L'examen de fragments de muqueuse obtenus soit par excision, soit par curettage explorateur a permis de constater les modifications anatomiques produites soit par le processus pathologique, soit par le traitement.

Les cas sont répartis en quatre séries :

1re SÉRIE (25 cas). — *Cautérisations quotidiennes avec une solution de chlorure de zinc à* 10 *p.* 0/0. En moyenne, 80 cautérisations en 80 jours ; durée *minima* du traitement 40 jours avec 40 cautérisations. 10 cas, malgré un traitement continué durant 5 mois, restés non guéris ; tous les autres se représentèrent au bout de 2-3 mois avec des récidives.

En aucun cas, il ne fut relevé aucune conséquence fâcheuse imputable au traitement.

2e SÉRIE (25 cas). — *Cautérisations, tous les cinq jours, avec une solution de chlorure de zinc à* 50 *p.* 0/0. En moyenne 12 cautérisations en 60 jours ; durée *minima* du traitement, 14 jours avec 2 cautérisations ; durée *maxima* 5 mois avec 30 cautérisations ; 3 cas, après 6 mois de traitement, restés non guéris.

Aucune conséquence fâcheuse du fait du traitement, mais, conformément à la remarque déjà faite par Bröse, menstruation augmentée. Particularité intéressante à noter, toutes les fois que les cas se compliquaient de syphilis, la guérison fut singulièrement rapide.

Les cas les plus rebelles, furent ceux où l'orifice externe était

très étroit. A ce groupe appartiennent les 3 restés non guéris après 6 mois de traitement.

En ce qui concerne la récidive, 6 cas de catarrhe très légers avec érosion superficielle ou sans érosion étaient encore, après 8 mois, libres de récidive ; tous les autres cas présentèrent des récidives au bout de 2-3 mois.

3e SÉRIE (25 cas). — *Excision conoïde d'après Schrœder.*

Durée moyenne du traitement 14 jours ; durée *minima* 10 jours *maxima* 30.

Cette série fut formée de malades qui, après le traitement par le chlorure de zinc avait eu des récidives, et d'autres malades qui n'avaient pas subi de traitement spécial.

Après l'opération, pas une seule récidive !

4e SÉRIE. — *Cautérisations, tous les cinq jours, avec de l'acide lactique concentré.*

En moyenne, 10 cautérisations en 50 jours ; durée *minima* 14 jours avec 3 cautérisations, durée *maxima* 4 mois avec 35 cautérisutions, 2 cas non guéris au bout de 6 mois. 10 cas légers, non récidivés après 6 mois ; tous les autres récidivés au bout de 2 à 3 mois. Aucune complication à l'actif du traitement.

Conclusions. — La seule méthode curative, sûre, des catarrhes graves du col, est celle conseillée par Schrœder, l'excision conoïde du col. Le traitement par le chlorure de zinc ou par l'acide lactique ne convient que pour les cas légers, ou à titre de traitement préalable chez les sujets qui redoutent une intervention sanglante.

R. L.

Étiologie de l'allongement hypertrophique de la portion vaginale du col utérin. (Sull' etiologia dell' allungamento ipertrofico della porzione vaginale del collo uterino), par VILLA. *Annali di Ost. e Ginec.*, Milano, mars 1890, p. 81.

Villa rapporte les opinions de Bennet, Simpson, Barnes, Schrœder, etc., sur la maladie de Huguier. De toutes les causes invoquées, l'obstacle à la circulation utérine joue un rôle capital ; la stase sanguine est suffisante pour expliquer l'hypertrophie du col que l'on rencontre surtout chez les femmes multipares dont le vagin est très court et l'arc du col confondu avec celui du vagin.

P. MAUCLAIRE.

Déchirures du col de l'utérus. (The immediate repair of lacerations of the cervix uteri), par Ch. Clifford Barows. (*N. Y. med. Journ.*, 9 mai 1891, p. 530.

Tout le monde s'occupe des déchirures du périnée et recommande de les recoudre immédiatement. Presque personne au contraire ne s'occupe des déchirures du col de l'utérus, auxquelles on ne remédie que par une opération secondaire. Ces dernières sont pourtant bien fréquentes et autrement importantes que les déchirures du périnée.

C'est le professeur Pallen qui, le premier, s'occupa de la réparation immédiate de ces lésions (1874).

D'une façon générale, on peut répartir en 2 groupes ces déchirures du col :

1° Déchirures très petites entamant à peine l'orifice externe; leur importance pratique est négligeable et il n'y a pas lieu d'en tenir compte.

2° Déchirures plus ou moins longues se prolongeant plus ou moins sur le col, envahissant quelquefois le vagin, le corps de l'utérus, la base de la vessie ou le péritoine.

Ces dernières, d'une importance capitale, demandent une intervention immédiate. Elles sont, en effet, dangereuses, car elle peuvent entraîner des hémorrhagies, des inflammations péri-utérines, et surtout elles constituent une porte ouverte à la septicémie.

Donc, aussitôt après l'accouchement, il faut examiner avec soin l'utérus et recoudre immédiatement toute déchirure sérieuse.

L'opération est très simple; l'anesthésie est utile, mais non indispensable. La malade est placée en travers du lit dont le bord doit être légèrement débordé par les fesses; les cuisses sont fléchies sur l'abdomen. Soins antiseptiques minutieux. On attire le col à la vulve au moyen d'une pince. Douche intra-utérine avec une solution sublimée chaude. Sutures des surfaces déchirées; de toutes les substances qu'on a employées pour ces sutures, de beaucoup la meilleure est le catgut; il est absorbable et la suture n'a pas besoin d'être enlevée; de plus il est élastique et quand le tissu se rétracte, la suture ne le coupe pas.

L'auteur rapporte 6 observations dans lesquelles il a appliqué sa méthode avec le plus grand succès.

En somme, dans un certain nombre de cas, la déchirure du col est inévitable, on doit alors recourir immédiatement à la suture qui :

1° prévient l'hémorrhagie non seulement des surfaces déchirées, mais encore de la cavité utérine.

2° Prévient les diverses inflammatious puerpérales : périmétrite, endométrite, salpingite, péritonite.

3° Refait le col dans ses conditions normales et empêche la formation d'un tissu de cicatrice.

4° Prévient l'involution utérine et ses conséquences.

5° Ferme une porte ouverte à l'infection purulente.

Gastralgie guérie par une trachélorraphie. (A case of gastralgia cured by trachelorraphy), par Alice Mc Lean Ross. *The medical and surgical Reporter*, 25 juillet 1891, p. 127.

Mme X..., met au monde une petite fille syphilitique sans présenter elle-même de signes de syphilis. Elle l'allaite. Le 15e jour, elle fut prise de crises gastralgiques épouvantables. L'auteur examinant les organes génitaux, trouva une petite déchirure du col utérin du côté gauche : il fit une trachélorraphie et, depuis, la malade a été à peu près radicalement guérie de sa gastralgie.

R. S.

II. — Endométrite puerpérale

Objections au curettage de l'utérus dans la fièvre puerpérale. (Pathological objections to curetting the uterus in puerperal fever), E. Tennison Collins. *Lancet*. London, 1890, t. I, p. 128.

Dans cet article qui nous paraît avoir le défaut d'être par trop spéculatif, l'auteur s'en prend au curettage de l'utérus qu'il taxe d'inutilité aussi bien dans la forme pyohémique que dans la forme simplement septicémique.

Dans la première, avance-t-il, l'infection est causée par les substances chimiques, produit des microbes vivant et pullulant dans les lochies et débris placentaires. Elle est même proportionnelle à la quantité du poison absorbé, mais les micro-organismes ne sauraient lutter avec les tissus vivants, et meurent dès qu'ils pénètrent dans le sang.

Le curettage de l'utérus est donc inutile puisque les microbes n'existent pas dans le tissu utérin qui vit et se nourrit, il est même dangereux, car il ouvre la porte au poison. C'est le poison qu'il faut enlever, et les irrigations antiseptiques intra-utérines y suffi-

sent parfaitement. L'intervention opératoire doit se borner à enlever les restes de placenta et de caduque, tissu mort, milieu fertile.

Dans la forme septique, au contraire, c'est toujours l'auteur qui parle, les microbes pullulent dans le sang et les tissus vivants, gorgent les lymphatiques et vont au loin provoquer des péritonites locales ou généralisées. Ici encore, impuissance du curettage local qui ne saurait purifier les tissus compromis au loin.

L'irrigation soignée est donc seule indiquée. Encore, au bout de peu de jours, son importance est-elle très discutable.

Le salut est dans l'asepsie absolue des mains et des instruments pendant l'accouchement, dans les lavages antiseptiques avant et après le travail.

Si l'on cure ainsi l'utérus, c'est parce qu'on suppose des analogies entre son état dans la fièvre puerpérale et dans l'endométrite chronique.

Ne serait-il pas plus naturel de le comparer à une vaste plaie septique taillée en pleine chair, comme une plaie d'amputation ou de fracture compliquée ?

J.-L. Faure.

Curettage de l'utérus dans la fièvre puerpérale. (Ueber Auskratzung des Uterus bei Puerperalfieber), par H. Fritsch. *Deutsch. med. Wochensch.*, 1891, n° 16, p. 553.

Dans un article purement théorique, Fritsch s'élève énergiquement contre le grattage de l'utérus dans la fièvre puerpérale. La raison principale est la suivante : le foyer d'infection, quand infection il y a, siège non pas sur et dans la muqueuse de l'utérus, mais dans le paramétrium que le grattage n'atteint pas. Dans ces endroits, on trouve déjà des foyers suppurés, et alors il serait plus rationnel d'enlever l'utérus en totalité que de gratter sa muqueuse. La seule indication de grattage, c'est l'ablation des restes de membranes.

Traitement chirurgical de l'endométrite puerpérale septique. (Trattamento chirurgico della endometrite puerperale settica), par Passerini. *Annali di Ost. e Ginec.* Milano., fév. 1890, p. 119.

Le streptococcus pyogenes produit les différentes formes d'infection puerpérale ainsi que l'érysipèle ; cette donnée est capitale dans le traitement de cette infection. L'irrigation de la cavité utérine est en effet insuffisante; le tamponnement avec la gaze

iodoformée est inefficace contre le streptococcus, comme l'ont montré les recherches de Neisser, Perroncito, etc. Au contraire, pratiqué à temps, le grattage donne d'excellents résultats.

P. MAUCLAIRE.

Traitement chirurgical de l'endométrite puerpérale septique. (Trattamento chirurgico dell' endometrite puerperale settica), PASSERINI. *Giornale delle Scien. Med.* Napoli, mai 1890, p. 393.

L'auteur rapporte une observation d'érysipèle ombilical d'un nouveau-né ayant déterminé une endométrite puerpérale chez la mère, vingt jours après l'accouchement. Le meilleur traitement c'est le curettage, qu'il faut pratiquer dès l'apparition des signes de l'infection et suivant les règles bien connues maintenant. Il faut intervenir même dans le cas de périmétrite, pelvi-péritonite ou de péritonite générale.

P. MAUCLAIRE.

Du curettage antiseptique de la matrice dans l'endométrite puerpérale. (Ueber die antiseptische Excochleatio uteri bei Endometritis puerperalis). BRAUN VON FERNWALD. *Arch. f. Gyn.*, 1890. Bd 37, Hft 3, p. 452.

101 cas ont été traités par le curettage antiseptique de la matrice. Mais, 3 des opérées présentaient, déjà avant l'intervention, des symptômes qui indiquaient l'existence d'une infection générale. Ce sont, en conséquence, des faits incapables de servir pour l'appréciation de la valeur réelle de la méthode. Il reste en réalité 98 cas, qui ont été suivis de mort 2 fois, soit une mortalité de 2 p. 0/0. De ces résultats l'auteur déduit les propositions suivantes :

1) Dans l'endométrite puerpérale, de nature saprémique, le curettage antiseptique de l'utérus constitue un moyen, non seulement de prévenir la généralisation de l'infection, mais aussi d'abréger, par la suppression de la cause de la maladie, la durée de la convalescence.

2) Le curettage est exclusivement indiqué dans les cas de processus fébriles pendant les suites de couches, lorsque ces processus sont uniquement liés à une affection de l'endometrium, laquelle se révèle par les signes suivants :

a) Apparition de la fièvre durant la 1re période des suites de couches.

b) Involution défectueuse de l'utérus puerpéral.

c) Modifications anormales des lochies (liquides mal colorés, fétides, mélangés souvent de débris de tissus fétides).

Le curettage est contre-indiqué toutes les fois que le processus infectieux a déjà frappé le reste de l'organisme, lorsqu'il existe des signes d'infection générale, *septicémie* ou *pyohémie*.

R. L.

Du curettage utérin dans les accidents consécutifs à l'accouchement et à la fausse couche, par M. Borel *Lyon médical*, nov. 1889, p. 365.

Cette opération est facile et peut être faite par tous les praticiens, sans aides, sans chloroforme, mais avec des précautions antiseptiques. Elle sauvera la vie à bien des malades dans le cas de rétention placentaire par adhérence, et dans les cas d'endométrites hémorrhagiques comme le montrent de nombreuses observations que l'auteur publie longuement. Mauclaire.

III. — OBSTÉTRIQUE — VARIA

Un cas d'avortement. (Ein Fall von « Missed abortion »), Balin. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 14, p. 237.

Il s'agit d'un œuf expulsé, en entier, après une absence de règles de 8 mois. A la rupture des membranes, il ne s'écoula pas une seule goutte de liquide. Elles étaient étroitement accolées au fœtus. Celui-ci, décoloré, sec, condensé, momifié, mesurait 14 cent., et devait, par conséquent, avoir vécu environ 4 mois. Le placenta petit, mince, dur, sec, moulé sur les parties fœtales, en forme de soucoupe, mesurait 7 cent. de diamètre. Fait curieux, la femme dont il s'agit, non syphilitique, avait déjà avorté 2 fois, abstraction faite de 3 accouchements à terme, et ces 2 avortements avaient présenté les mêmes caractères que le dernier : après une suppression de règles de 8 mois, et sans cause apparente, production d'une hémorrhagie utérine et expulsion d'un fœtus momifié, paraissant âgé de 4 mois. R. L.

Un cas de durée anormale de la grossesse. (Ein Fall von abnorm langer Dauer der Schwangerschaft). Jaffé. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 5, p. 74.

Depuis un an avant le début de cette grossesse, l'espace intermenstruel variait de 8 à 9 semaines. Dernières règles le 9 décembre. Au commencement de juillet, perception des mouvements actifs

du fœtus, date présumée de la fin de la grossesse, deuxième quinzaine de novembre. Accouchement le 9 décembre, c'est-à-dire, 365 jours après les dernières règles. Poids de l'enfant, environ 4000 gr.; longueur, 53 cent.; circonférence de la tête, 36 cent. Rien ne permit de fixer, d'une manière précise, le début de la grossesse, mais l'auteur estime qu'elle a duré au moins de 303 à 309 jours.

R. L.

Sur la question de la viabilité d'enfants très petits, nés prématurément. (Zur Främe über Lebensfähigheit sehr kleiner, zu früh geborener Kinder), A. Holowko. *Cent. f. Gyn.*, 1890, nº 14, p. 235.

L'auteur fait suivre de quelques remarques, la relation détaillée d'un cas de viabilité assez remarquable. C'est celui d'un enfant né, d'après les particularités physiques relevées sur lui et les renseignements fournis par la mère, à la 27e semaine. Il pesait à sa naissance 1,300 grammes et mesurait seulement 37 cent. La mère n'ayant pas de lait, il fut nourri tantôt au sein par différentes nourrices de l'hôpital, tantôt au biberon, avec du lait de vache. 9 semaines après sa naissance, il pesait 3,010 grammes et mesurait 50 cent.

Ce fait montre que le pronostic n'est pas seulement subordonné au poids de l'enfant, qu'il dépend aussi de la bonne conformation du thorax et de l'énergie musculaire. Ces deux conditions étant favorables, le nouveau-né est apte à se nourrir et à se développer, mais il est une circonstance essentielle à la survie de l'enfant, c'est d'entretenir autour de lui une atmosphère de chaleur, très régulière.

R. L.

Le médecin doit-il abandonner la pratique des accouchements pendant qu'il traite une variole. (Schall the physician resign his obstetric. Practice while treating small-pox), par le Dr J. A. Wessinger. *Amer. Journ. of Obst.*, juin 1889, p. 621.

L'auteur cite 3 accouchements qu'il a faits, pendant qu'il traitait un enfant atteint de variole. Ses accouchées n'ont présenté aucune complication. La variole s'est terminée par la mort.

Carstens ne croit pas que les accouchées soient en danger, pourvu que l'accoucheur prenne les plus minutieuses précautions antiseptiques.

Jenks (de Détroit), est plus sévère : il veut que le médecin qui soigne des varioles ne fasse pas d'accouchements.

A. C.

L'angle utéro-vaginal et son influence sur le mécanisme de l'accou-

chement (The utero vaginal angle, and its influence on the mecanism of labour), par J. Ch. RUTHERFORD, de Burlington. *Am. J. of Obst.*, 1890, déc., p. 1313.

Rutherford cherche à prouver que l'axe du canal parturient, au lieu de représenter une courbe, représente deux axes rectilignes faisant entre eux un angle de 95° : le sommet de cet angle se trouve un peu au-dessus de la pointe du coccyx.

Pour arriver à cette démonstration, l'auteur donne des considérations anatomiques, très longues pour un simple résumé, et difficiles à comprendre sans l'aide des figures qui illustrent son mémoire.

C'est, suivant lui, cet angle qui explique le mouvement d'extension de la tête dans la présentation du sommet (temps de *flexion* ou de *restitution*). A. C.

BIBLIOGRAPHIE

Intoxications par le sublimé corrosif chez les femmes en couches. Par le Dr R. SEBILLOTTE, Thèse de Paris, 1891. — On ne saurait trop s'appliquer à faire connaître les dangers qui, avec des avantages énormes, sont associés à l'emploi du sublimé. Le travail du Dr Sebillotte, est bien fait pour les mettre en lumière, indépendamment du côté scientifique qui y est très largement traité. Dans l'historique, très complet, l'auteur rappelle, avec juste raison, qu'expérimentalement (Davaine) et cliniquement (Tarnier), le pouvoir antiseptique du sublimé a été établi d'abord en France. Il termine cet historique par l'exposition résumée de la façon dont l'antisepsie est réalisée dans les maternités de Paris et de la province. Dans un second chapitre, d'où découleront en grande partie les règles de la prophylaxie, sont étudiées les « Conditions de l'absorption du sublimé par les organes génitaux et de son élimination » : débilitation, primiparité, pertes de substance, solutions de continuité dans le canal génital, inertie utérine, rétention de portions du placenta, de débris membraneux, qui agissent en maintenant les sinus ouverts, haute pression du liquide injecté, rétention de ce liquide dans l'utérus par contraction isolée du col,

ou, condition qui passe assez facilement inaperçue, rétention de ce liquide dans le vagin par contraction du sphincter vaginal, enfin insuffisance de l'excrétion urinaire.

Les autres chapitres sont consacrés à l'étude de l'anatomie pathologique; des symptômes (ceux-ci correspondant aux deux groupes créés par l'auteur : *a*) intoxications légères; *b*) graves; du diagnostic, et du pronostic, de la prophylaxie et du traitement.

Conclusion générale. — Le sublimé doit être employé chez les femmes en couches avec SCIENCE ET PRUDENCE, il est dangereux dans des mains *inexpérimentées*.

A ce travail sont annexés 98 observations dont plusieurs inédites, un index bibliographique, et trois planches qui reproduisent une éruption apparue 9 jours avant le moment de la mort, chez l'une des femmes tuées par l'intoxication.

R. L.

Discussion sur la dilatation forcée de la matrice dans la pelvi-péritonite et sur le curettage de l'utérus, par TITÉCA. Bruxelles, 1891.

Ce travail, lu à l'Académie de médecine de Bruxelles, a pour but de défendre énergiquement le curettage et d'en proclamer les bienfaits.

Note di Ostetricia e Ginecologia, par GIOVANNI TOMASSONI. Rome, 1891.

On trouvera réunis, dans ce travail, une série de documents recueillis au cours d'un voyage dans diverses cliniques françaises, anglaises ou allemandes. Rapprochant ce qu'il a observé dans les différents services qu'il a parcourus, M. G. Tomassoni étudie successivement les maternités, l'assistance publique à domicile, les généralités opératoires de la gynécologie, l'ovariotomie pendant la grossesse, le traitement chirurgical des fibromes utérins à la clinique d'A. Martin, le traitement des inflammations des annexes, les papillomes des ligaments larges, l'hystérectomie pour cancer. Sa visite dans les divers services d'accouchement est assez complète, mais on peut dire qu'il n'a qu'une idée des plus imparfaites de ce qui se fait en gynécologie à Paris.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Décembre 1891

TRAVAUX ORIGINAUX

ÉTUDE SUR LES PRINCIPALES MÉTHODES DE PROVOCATION DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

Par le Dr Oui, chef de clinique obstétricale à la Faculté de Bordeaux.

Les procédés employés pour provoquer l'accouchement prématuré sont extrêmement nombreux ; mais un grand nombre d'entre eux sont actuellement tombés dans l'oubli. Quelques-uns même, causes d'accidents graves sont mis à l'index par tous les accoucheurs.

Nous nous contenterons donc d'indiquer rapidement et pour mémoire l'emploi de médicaments tels que l'ergot de seigle, le sulfate de quinine, la pilocarpine, dont les résultats au point de vue de la provocation de l'accouchement sont absolument nuls, et qui agissent, dans certains cas, d'une manière très défavorable sur la santé générale de la mère et de l'enfant.

Les excitations de l'appareil génital et de ses annexes tels que l'électricité, le massage de l'utérus, l'excitation des mamelles n'ont également donné que des résultats incomplets, et sont absolument infidèles.

Il en est de même des excitations portées sur le col : tamponnement vaginal, douches de Kiwisch, irrigations froides, ou de la dilatation du canal cervical soit digitale, soit exécutée à l'aide de l'éponge préparée ou des tiges de laminaire. De plus, les douches de Kiwisch ont donné lieu à des acci-

dents graves et même mortels pour les mères, et l'éponge préparée difficilement rendue aseptique, expose les femmes à l'infection.

En résumé, à l'heure qu'il est, les accoucheurs, rejetant résolument les procédés que nous venons de mentionner (et nous sommes loin de les avoir énumérés tous) portent leur choix exclusivement sur les moyens qui leur permettent de faire pénétrer entre les membranes d'enveloppe de l'œuf et la paroi utérine, des corps plus ou moins volumineux. Ces corps en décollant les membranes et en excitant directement la contraction utérine amènent plus ou moins rapidement un début de travail, que leur présence prolongée vient encore aider d'une façon très efficace.

A l'heure qu'il est, trois procédés se partagent les faveurs de l'école obstétricale française.

1° La sonde de Krause, soit employée seule, soit secondée par l'emploi des sacs violons de Barnes.

2° Le ballon excitateur de M. le professeur Tarnier.

3° Le ballon à la fois excitateur et dilatateur de M. Champetier de Ribes.

Le premier procédé a pour lui l'appui de MM. Charpentier et Pajot, et d'un grand nombre d'accoucheurs séduits par sa simplicité et l'extrême facilité de son emploi.

Les élèves du professeur Tarnier, emploient exclusivement le ballon excitateur de leur éminent maître, et leur exemple a été généralement suivi.

Enfin, depuis le mémoire de M. Champetier de Ribes paru dans les *Annales de gynécologie* en 1888, et surtout depuis la très intéressante clinique publiée en janvier et février derniers dans le même Journal par le professeur Pinard, l'attention a été attirée d'une façon toute particulière sur l'emploi du ballon à la fois excitateur et dilatateur, en tissu imperméable inextensible.

Nous avons eu l'occasion d'appliquer plusieurs fois ces différents procédés, soit isolément, soit combinés les uns aux autres.

De plus, grâce à l'obligeance de MM. les professeurs agrégés Lefour et Rivière, grâce à nos recherches dans les registres de la clinique et de la maternité de Bordeaux, nous avons pu réunir 16 observations d'accouchements prématurés provoqués.

Quatorze de ces interventions ont été motivées par des rétrécissements pelviens plus ou moins considérables. Deux de ces accouchements ont été provoqués pour d'autres causes : l'un pour sauver un enfant compromis par une rupture prématurée des membranes, l'autre dans un cas d'affection cardiaque de la mère, arrivée à la période d'asystolie.

Bien que l'exposé de ces différents procédés et de leurs mérites respectifs ait été très complètement fait par M. le professeur Pinard, dans la clinique dont nous avons déjà parlé, nous avons cru intéressant de publier les observations inédites que nous avons entre les mains, l'accumulation des faits observés par des opérateurs différents, inégalement préparés, permettant de juger plus sainement ces questions que les statistiques fournies par des maîtres qui, grâce à une expérience considérable, à une habileté opératoire très grande, arrivent d'une façon générale à des résultats meilleurs.

Nous publions aujourd'hui, in extenso, les observations où nous avons employé le ballon Champetier. En effet, depuis le mémoire où cet auteur a publié dix-huit observations, nous n'avons vu publiés que des tableaux d'ensemble se rapportant à ce procédé. Quant au procédé de Krause et à celui du professeur Tarnier, les cas publiés sont tellement nombreux que nous nous sommes contenté de résumer ceux que nous possédons, ne voulant pas allonger outre mesure ce travail.

Emploi du procédé de Krause.

La méthode de Krause consiste dans l'introduction entre les membranes et la face interne de l'utérus, d'une sonde en gomme ou plutôt d'une bougie, dont le diamètre répond aux numéros 18 à 20 de la filière Charrière.

Ce procédé est simple, facile à mettre en pratique. Il suffit, en effet, en se guidant sur l'index mis en contact avec l'orifice externe du col, ou introduit, quand les circonstances le permettent dans le canal cervical, de pousser doucement la bougie dans l'utérus. Elle pénètre généralement sans aucune difficulté.

C'est surtout à cette simplicité dans l'appareil instrumental, et à l'extrême facilité du procédé opératoire, que la méthode de Krause a dû un très grand nombre de partisans.

En revanche, quelques inconvénients sérieux, semblent devoir balancer en partie les avantages de cette méthode.

On a signalé, en effet, un certain nombre de cas où l'introduction de la sonde a amené la rupture des membranes, et où, par conséquent, le fœtus s'est trouvé dans une situation défavorable pour sa vitalité. Dans d'autres cas, on note un décollement plus ou moins étendu du placenta, décollement qui a parfois donné lieu à des hémorrhagies très considérables.

Mais ces accidents sont relativement rares, et dus dans un certain nombre de cas soit à une rigidité excessive de la bougie employée, soit à un excès de force déployée par l'opérateur. Ils pourront donc être évités dans la plupart des cas.

Un reproche plus grave a été fait au procédé de Krause. On accuse la bougie d'agir surtout en entraînant dans l'utérus des germes qui, en se développant autour d'elle, occasionnent, à un degré plus ou moins considérable, une endométrite, qui devient alors la cause véritable de la provocation du travail.

Schrœder, Balandine (1), Thibone (2), ont apporté un certain nombre de faits qui tendraient à prouver que l'efficacité de la bougie de Krause diminue en même temps que les précautions antiseptiques deviennent plus minutieuses.

(1) Balandine. *Congrès de la Société des médecins de Moscou et Saint-Pétersbourg*, 1885.

(2) Thibone. *Rivista Clinica e Terapeutica*, 1886.

En réalité, nous ne connaissons pas encore une seule expérience où une sonde ayant servi à provoquer avec succès un accouchement prématuré, ait également servi à ensemencer des milieux de culture dans lesquels se seraient ensuite développés des germes pathogènes, les milieux de culture restant au contraire stériles, dans les cas où la sonde se serait montrée inefficace. Tant que cette constatation expérimentale n'aura pas été faite, nous nous trouverons donc là simplement en face d'une hypothèse parfaitement d'accord avec les faits observés; mais qui ne saurait avoir une valeur absolue.

D'ailleurs, fait important, la septicémie ne semble pas plus fréquente après les accouchements où la bougie a été employée, et dans les huit observations que nous rapportons, l'infection n'est notée qu'une seule fois, et encore a-t-elle eu son origine au niveau de la vulve.

Obs. I. (Personnelle. — Recueillie à la Maternité de Rochefort, service du Dr Abelin. Résumée.) — Elisa R..., 31 ans, primipare, entre à la Maternité le 3 mars 1890.

Cette femme raconte qu'elle n'a jamais eu de maladies aiguës. Elle aurait commencé à marcher à la fin de sa première année. Puis, à l'âge de 4 ans, elle aurait fait dans un escalier une chute à la suite de laquelle elle serait restée au lit pendant cinq ans. C'est pendant cette période que se seraient produites les nombreuses déformations du squelette qu'elle présente, et sur lesquelles nous reviendrons. A 9 ans, elle aurait marché de nouveau ; mais aurait été obligée pendant une année de se servir de béquilles.

Actuellement, elle est enceinte pour la première fois, et d'après les renseignements qu'elle nous donne, elle doit être grosse d'environ 7 mois 1/2. L'enfant est vivant, il se présente par le sommet en O.I.G.T.

Les déformations du squelette sont nombreuses : Incurvation du sternum ; cyphose dorso-lombaire, commençant à la 1re vertèbre dorsale pour se terminer à la 3e lombaire. Exostose considérable du grand trochanter gauche, et incurvation sensible du tibia du même côté.

Le bassin a été également atteint. — Le diamètre promonto-pubien

minimum mesure environ 8 centim. 1/2. Ce sont surtout les diamètres du détroit inférieur qui ont été touchés. Le diamètre biischiatique mesure 8 centim., le diamètre coccy-sous-pubien 7 centim. 1/2 seulement. Enfin, les mensurations externes pratiquées montrent que le bassin est rétréci dans toutes ses dimensions. Les épines sciatiques font dans l'excavation une saillie extrêmement accentuée.

En face de ces malformations multiples, on se décide à provoquer l'accouchement prématuré, à la fin du 8e mois de la grossesse.

Le 18 mars à 10 heures du matin, introduction dans l'utérus d'une sonde no 18, qui a séjourné 24 heures dans une solution phéniquée à 50/1000. Les premières contractions douloureuses apparaissent à midi. A six heures du soir, apparition de glaires sanguinolentes. L'effacement du col n'est pas encore complet. A 10 heures, la tête commence à s'engager au détroit supérieur. Le 19, à trois heures du matin, l'effacement est complet, et la dilatation commence à s'effectuer ; mais elle marche très lentement, et c'est seulement le 20 mars à cinq heures du matin, que l'orifice utérin est complètement ouvert. A huit heures, les membranes se rompent, et la tête arrive presque au détroit inférieur ; la rotation s'exécute complètement. A ce moment, les contractions utérines faiblissent.

Le liquide amniotique s'écoule légèrement teinté de méconium, les bruits du cœur fœtal se ralentissent.

Application de forceps un peu laborieuse.

L'enfant naît étonné ; mais est ranimé facilement. Il pèse 2 kil. 120 gr. ; son diamètre B.P. mesure 8 centim.

La délivrance s'effectue rapidement sans incident. Les suites de couches ont été absolument apyrétiques.

Durée totale du travail : 46 heures.

Obs. II. — Personnelle. (Recueillie à la Clinique et résumée). — Marie L..., 35 ans, septipare, entre à la clinique le 4 novembre 1890, Elle est enceinte d'environ six mois, les bruits du cœur fœtal sont bons.

Au moment de son entrée, cette femme présente des crises de dyspnée intense, qui seraient survenues depuis trois semaines environ. A l'examen, nous trouvons un souffle énorme à la pointe du cœur, couvrant tout le premier bruit. Les pulsations cardiaques sont très irrégulières, et intermittentes. Hypertrophie considérable

de l'organe. Œdème pulmonaire des deux côtés ; congestion intense à la base des deux poumons.

Dans les urines, qui sont peu abondantes, 8 grammes d'albumine par litre. Œdème des membres inférieurs et sus-pubien.

La malade est mise immédiatement au régime lacté. Ventouses sèches sur la poitrine. Inhalations d'oxygène. Caféine, 2 gr. Lavement purgatif.

Malgré ce traitement, l'état de la malade s'aggrave rapidement, et l'asystolie fait des progrès sérieux.

Le 9 novembre, l'albumine a un peu diminué, 6 gr. par litre. Mais l'état général est de plus en plus mauvais. Obnubilation complète de l'intelligence, parésie des membres inférieurs, œdème généralisé.

La malade est évidemment perdue, et sa mort ne saurait tarder. Il nous reste encore l'espoir de sauver l'enfant, dont les bruits du cœur persistent, et qui doit avoir six mois d'existence intra-utérine.

Le 9 novembre à 9 heures 1/2 du matin, introduction dans l'utérus d'une bougie en gomme nº 18.

Les contractions utérines apparaissent à dix heures, espacées, mais très énergiques et très longues.

A deux heures de l'après-midi dilatation irrégulière, atteignant le diamètre d'une pièce de deux francs. A cinq heures dilatation palmaire, orifice utérin très souple. Version podalique, nécessitée par l'affaiblissement graduel des bruits du cœur fœtal.

L'enfant, du poids de 1 kilogr., naît asphyxié. On perçoit encore un léger frémissement cardiaque ; mais il est impossible de le ranimer.

Délivrance naturelle sans complications.

Aussitôt après, il semble que l'état de la malade s'améliore un peu. Le pouls se relève, et la respiration semble un peu plus facile.

Mais dès le lendemain, les phénomènes d'asystolie s'accentuent encore ; la famille de la malade la fait sortir de l'hôpital, et l'emmène chez elle où elle meurt trois jours après.

Durée totale du travail 7 heures 1/2.

Obs. III et IV. (Registres de la Maternité. — Résumées et communiquées par Mlle Quilliet sage-femme du service.) Marie D..., 21 ans, domestique, entre le 5 avril 1890.

Taille 1 m. 42. Rachitisme. Diamètre promonto-pubien minimum

évalué à 7 centim. 1/2. Dernières règles le 10 août 1889.

Introduction d'une bougie n° 20 dans l'utérus, le 6 avril à 10 heures du matin. Les premières douleurs n'apparaissent que le 8 avril à 11 heures du matin. Le 9 avril à la même heure, expulsion d'un enfant du sexe masculin, dont le diamètre B.P. mesure 7 centim. Délivrance normale, suites de couches apyrétiques.

Intervalle entre l'introduction de la bougie et l'accouchement, 72 heures.

Anastasie B..., 26 ans, cultivatrice. Rachitique. Taille 1 m. 31. Diamètre P.P.M. 8 centim.

L'accouchement est provoqué par l'introduction d'une bougie n° 20, et terminé au bout de 26 heures par une application de forceps dans l'excavation, la tête étant en O.I.D.T.

Enfant du sexe masculin pesant 1300 grammes, et atteint d'hydrocéphalie. Les diamètres de la tête n'ont pas été mesurés.

Délivrance normale. Suites de couches apyrétiques.

Obs. V et VI. (Registres de la Clinique. Résumées). — Marie R..., 24 ans, profession, cuisinière.

Entrée le 4 décembre 1884, enceinte de 8 mois.

N'a marché qu'à un an et demi, de huit ans à neuf ans, après une chute, elle ne peut marcher qu'à l'aide de béquilles.

Rachitisme ayant atteint profondément les membres inférieurs. Léger degré de scoliose. Bassin plat rachitique, rétrécissement annulaire, D.P.P.M. 8,5.

Présentation du sommet en O.I.D.T. Enfant vivant,

Le 7 décembre à 4 heures après-midi, introduction d'une sonde qui est presque immédiatement expulsée. Contractions utérines qui s'arrêtent à 10 heures du soir après avoir produit l'effacement du col.

Le 8 décembre au matin, introduction d'une nouvelle sonde, rupture des membranes. Les contractions apparaissent immédiatement. La dilatation marche très lentement, et le 10 décembre, à 2 heures du matin, elle est seulement palmaire. A ce moment, on cesse d'entendre les bruits du cœur fœtal. L'accouchement se termine seul à 4 heures du matin. L'enfant, du sexe féminin, est mort ; il pèse 2400 gr. Le diamètre bipariétal mesure 8 cent. 2.

Délivrance normale et rapide.

Le passage de la tête a déterminé des éraillures de la vulve.

Sphacèle superficiel de ces plaies, et élévation de température atteignant pendant 3 jours, 38°,2, sans phénomènes d'infection du côté de l'utérus.

En 1887, cette femme entre de nouveau à la Clinique. Elle est enceinte d'environ 8 mois à 8 mois 1/2. Présentation de l'épaule. Enfant vivant. Version par manœuvres externes, et application de la ceinture eutocique de Pinard.

Le 4 mai à 8 heures 1/2 du matin, on introduit une sonde dans l'utérus. Les contractions se produisent presque immédiatement Le travail marche assez lentement. Le 5 mai au matin, la dilatation répond à peu près au diamètre d'une pièce de deux francs.

On introduit une nouvelle sonde, qui active un peu le travail. A 4 heures du soir dilatation complète.

La présentation du sommet s'est maitenue. On rompt les membranes.

A 6 heures du soir, application de forceps au détroit supérieur,

Enfant du sexe féminin, vivant, pesant 2 kil. 450. Diamètre B.P. 8 cent. 5.

Délivrance normale. Suites de couches apyrétiques.

En résumé :

1er accouchement. — Durée totale du travail, 60 heures.
Enfant mort.

2e accouchement. — Durée totale du travail, 34 heures.
Application de forceps.
Enfant vivant.

Si nous résumons les résultats obtenus dans les observations que nous venons de rapporter, nous verrons que le travail a duré :

Dans 1 cas, moins de 12 heures.

Dans 2 cas, de 24 à 48 heures.

Dans 1 cas, 60 heures.

Dans 1 cas, 72 heures.

Au total, nous trouvons 256 heures de travail pour 6 accouchements, ce qui donne une moyenne de 41 heures par accouchement. Cette moyenne est plus favorable que celle de Leopold (80 heures) et moins heureuse au contraire que celle du professeur Pajot (29 heures).

Une mère est morte ; mais elle a succombé aux progrès rapides d'une affection cardiaque. Les six enfants se présentaient par le sommet.

Il y a eu quatre interventions : 3 applications de forceps, et une version. Deux des enfants sont nés morts.

La mort de l'enfant semble due dans un cas à la gravité de l'état général de la mère. Dans l'autre cas, au contraire, la longueur du travail peut seule être incriminée ; le procédé de Krause doit donc être rendu responsable.

Donc, bougie de Krause employée seule : 6 cas.

Durée moyenne du travail	41 heures.
Mères	1 mort.
Enfants.........................	2 morts.
Pas d'infection utérine.	

(*A suivre.*)

LES OPÉRATIONS POUR LES TUMEURS DE LA MATRICE, L'OOPHORECTOMIE ET LA CASTRATION DES FEMMES DANS LES AFFECTIONS PSYCHIQUES ET NERVEUSES (1).

(*Suite et fin.*)

Par **Sir Thomas Spencer Wells.**

Traduction par le Dr R. LABUSQUIÈRE, d'après « The Bradshaw lecture delivered at the *Royal College of surgeons of England* ».

De l'opération césarienne et de l'opération de Porro.

La mortalité après l'opération césarienne depuis l'application de la suture utérine et de la méthode antiseptique a été, surtout par Sänger et Leopold, si considérablement diminuée que le parallèle qu'on faisait jadis avec l'opération de Porro doit (2) être rectifié. Avant 1885, l'opération césarienne était une opération d'une mortalité extrêmement élevée : peu d'enfants étaient sauvés et beaucoup moins de mères encore

(1) Voir *Annales de Gynécologie*, novembre 1891, p. 346.

(2) « Amputation utéro-ovarique, complément de l'opération césarienne » ainsi que la définit Porro lui-même.

survivaient. Il est certain que l'opération de Porro diminua la mortalité.

Cependant, sur 152 cas dont on possède la relation exacte, la mortalité maternelle atteint encore 56 p. 100. La préparation que voici représente l'utérus, les deux ovaires et un fibrome utérin que j'enlevai en mai 1887, après un accouchement à terme, terminé par la naissance d'un enfant vivant, à une femme âgée de 37 ans. Mère et enfant sont encore aujourd'hui parfaitement bien portants. Le Dr Scattergood (Leed) m'a écrit, il y a une semaine, à ce sujet : « La femme ne ressent aucun malaise comme conséquence de l'opération qu'elle a subie ; elle se porte bien mieux qu'il y a plusieurs années. De même, son enfant est tout à fait bien portant. » Ce cas, et le chiffre de la mortalité jusqu'en ces derniers temps, plaidaient en faveur de l'opération de Porro ; mais les nouvelles statistiques de l'opération césarienne en Allemagne, nous enseignent qu'il faut donner la préférence à une opération plus conservatrice dans les cas non compliqués de tumeur utérine. Lorsqu'il existe une tumeur aussi importante, mieux vaut l'extirper en même temps que l'utérus ; mais, dans les cas simples, c'est à l'opération césarienne, telle qu'elle a été perfectionnée par Sänger et Leopold, qu'il faut avoir recours ; opération qui, à l'heure actuelle, donne des résultats à peu près aussi favorables que l'ovariotomie, car la mortalité, d'après les derniers rapports de quelques chirurgiens les plus habiles, n'est que de 5 0/0, résultat dont la chirurgie abdominale moderne peut s'enorgueillir avec juste raison.

La castration des femmes dans les affections psychiques et nerveuses.

La castration, envisagée dans le sens le plus large du mot, qu'il s'agisse de l'homme ou de la femme, a une importance que ne possède aucun autre acte chirurgical. En effet, non seulement elle met souvent en danger la vie de l'individu, mais elle supprime, sûrement, la venue de toute la série d'êtres

qui auraient pu arriver au monde par la simple observation du premier commandement du Créateur : « Soyez fertiles et multipliez-vous » (1). La gravité de l'opération, par rapport au sujet qui la subit, n'est rien en comparaison de l'extinction absolue d'une lignée de l'espèce. De là, l'importance qu'elle a aux yeux du moraliste, de là aussi la sévérité avec laquelle la jugent les législateurs.

La mort, la prison à vie, sans aucun espoir de rémission, telles sont les peines édictées, dans certains cas, contre la castration injustifiée. Et, par castration, on entend toutes les espèces de mutilations qui sont susceptibles de supprimer la puissance procréatrice de l'homme et la fertilité de la femme (2).

Les devoirs des chirurgiens les placent souvent tout près des limites de ce qui est permis. Ebranlés par les déclarations spécieuses, souvent à dessein mensongères des malades, par leurs notions vagues de moralité, poussés par leur propre tendance à l'action, et aussi par leur sympathie pour ceux qui souffrent, ils ne savent pas toujours s'abstenir quand il faut : les balances de la prudence tombent parfois en des mains incertaines. Aussi, chacun arrive-t-il à être convaincu de l'imminente utilité qu'il y a à ce que l'instruction technique soit complétée par une forte éducation morale ; on saisit combien il est indispensable qu'un frein moral modère

(1) « En est-on bien sûr ? Il y a si longtemps de cela ? » En tout cas, il eût été à souhaiter que le Créateur comprît l'enseignement comme le professeur Pajot, qui le résume un peu humouristiquement, dans la formule : « *Enseigner, c'est rabâcher !* » ou même, comme Spencer Wells, qui, après avoir jeté un premier cri d'alarme en 1886, n'hésite pas à crier gare de nouveau en 1890, et en 1891 (*Congr. français de chirurg.*), parce que ses premiers avertissements sont restés sans effet, et que les excès des laparotomistes vont en augmentant.

(2) Mais, à quelle juridiction soumettre le « chirurgien mystérieux » qui préside à la naissance d'êtres hybrides, anormaux, sans utérus ou sans ovaires, etc. Qui prendra la responsabilité de cette suppression, si hâtive, de plusieurs lignées de l'espèce ? Cela dit, sans vouloir, bien entendu, excuser en quoi que ce soit les mutilations injustifiées qui succèdent à des interventions moins mystérieuses. R. L.

les impulsions d'une dextérité manuelle acquise ou admise, combien il serait nécessaire — par rapport à la laparotomie en général — que les médecins sentissent que leur pratique est soumise à l'influence restrictive, modératrice des hommes les plus sages et les plus circonspects de la profession, et combien il est urgent que ceux-ci s'élèvent au niveau de leur dignité et de leur responsabilité. Les progrès réalisés dans la chirurgie abdominale au cours des quarante-cinq dernières années sont bien de nature à étonner quelque peu les médecins qui ont passé une grande partie de leur existence dans la pratique, et qui ont contribué au travail accompli. qui ont trouvé le temps d'examiner autour d'eux et de noter ce que leurs contemporains ont entrepris. Les hommes d'aujourd'hui, voguant en pleins flots, se représentent mal, combien le courant de l'expérience accumulée a été lent à se produire; ils ne peuvent pas non plus se faire une idée exacte des efforts et des perplexités de ceux qui, les premiers, eurent à se mouvoir et à se diriger à travers les obstacles et les préjugés. Le progrès fut lent et il restait du temps pour la réflexion. Il ne faut pas s'étonner si la réflexion amenait parfois de l'hésitation et décidait à céder devant les obstacles. Cooper, Lawrence, Green, Brodie furent de grands chirurgiens. Ils pratiquèrent et enseignèrent la chirurgie qui fut la gloire et l'honneur de leur temps. Mais, c'étaient des hommes orthodoxes, ils respectaient les autorités et étaient eux-mêmes des autorités. Consacrer un certain temps à contrôler ce qu'on faisait, à tâcher de voir où l'on allait n'était pas, suivant eux, déshonorant et, par contre, cela pouvait avoir quelque utilité. Cela leur permettait d'asseoir leur jugement, de juger avec calme, sans parti pris, et de réfréner l'impétuosité contagieuse des jeunes enthousiasmes. Or, ce ne serait pas chose déraisonnable que de nous arrêter un instant, d'étudier quelle est notre situation vis-à-vis de certaines questions pendantes, ouvertes encore au débat. Certes, nous sommes les derniers à vouloir empêcher les tentatives judicieuses de s'accomplir, mais nous voudrions

nous diriger sous le couvert de la prudence et avec les lumières de la raison, et constater chez les autres ce même désir. Ce n'est pas le moment d'aborder l'historique de l'ovariotomie. Cependant, il n'est pas sans utilité de rappeler certains de ses points, qui se rattachent au sujet que nous traitons. A son berceau, l'opération fut en quelque sorte considérée comme une entreprise personnelle, à laquelle pouvaient, de temps à autres, se livrer des hommes comme Livingstone, Brunel ou Colombus, qui furent soit des enthousiastes irréfléchis, stimulés par le désir de faire des opérations sortant de l'ordinaire, soit des personnages si avisés, si au-dessus de leurs contemporains qu'ils ne pouvaient être compris que d'un très petit nombre, et que moins encore pussent avoir l'idée d'imiter un exemple qui, bien que suivi d'un succès plus ou moins réel, excitait plutôt l'étonnement et la défiance que l'admiration, et n'apportait, comme récompense, que la conscience d'avoir fait de louables efforts dans le but de soustraire des femmes malades, exposées à une mort imminente. Puis vint un temps où les choses allèrent autrement. On étudia sérieusement et à un point de vue pratique.

Ce fut un nouvel assaut contre des problèmes irrésolus. Mais la lutte aboutit à l'invasion et à l'annexion de « tout le domaine de la chirurgie abdominale ». Cela ressembla à la découverte des mines de Californie et des champs de diamants d'Afrique. La voie se trouva ouverte à tous les chercheurs, et les avantages s'étendirent au monde entier. De l'année 1840 à l'année 1865, l'excision des tumeurs ovariques arriva à être considérée comme une pièce saine de la chirurgie, comme digne de figurer parmi les arts « *quæ prosunt omnibus* », comme la lithotomie, et comme plus pleine de promesses dans ses résultats que la plupart des autres grandes opérations. Elle prit ses titres de naturalisation en Angleterre, fut enseignée dans les cours, et récolta bientôt une ample moisson de littérature didactique et critique.

Mais il y avait un revers à ce brillant côté des choses.

L'inexpérience, la témérité, l'inhabileté créaient un danger. J'observais alors pour l'ovariotomie, comme aujourd'hui pour la laparotomie, une disposition, une tendance à une intervention trop large, inconsidérée. Dans mon livre, publié en 1865, il semble que j'ai pressenti quelque chose de semblable à la folie actuelle, bien qu'elle fût de beaucoup moins développée qu'aujourd'hui. Voici ce que je disais dans la préface : « Je ne puis éditer ce volume sans faire entendre un mot d'avertissement. Une découverte qui a triomphé de toutes sortes d'oppositions, honnête et scientifique, préconçue et ignorante, peut encore être ruinée, par la faute de partisans irréfléchis, inconscients, dont les erreurs jettent moins de discrédit sur eux que sur une opération qu'ils ont mal pratiquée et dans des conditions défavorables. Il ne manque pas de signes qui témoignent que l'ovariotomie est entrée dans cette phase de son évolution, et l'on a raison de craindre que des hommes judicieux ne se laissent influencer par cette éclosion de folie, et que le triomphe de la chirurgie anglaise, auquel se sont employés tant d'efforts et de soins, ne soit arrêté avant son complet achèvement, ne soit même changé en défaite — temporaire, — par la faute d'avocats, enthousiastes il est vrai, mais irréfléchis ». Et nous ne nous trompons pas en affirmant que nos avertissements — car les miens ne restèrent pas isolés, — ne furent pas sans quelque utilité. On s'appliqua davantage à choisir les cas convenables, à mieux préciser le diagnostic ; les opérateurs eux-mêmes se préparèrent mieux à l'intervention par la lecture et l'observation ; enfin, les opérations malheureuses et les tentatives incomplètes devinrent beaucoup moins fréquentes.

Mais l'ovariotomie n'était pas seulement une opération viable et vigoureuse. Elle avait en elle un pouvoir de fécondité, qu'on peut estimer aujourd'hui d'après le nombre des préfixes qu'on a accolés aux deux dernières syllabes. Avant le règne actuel, l'art des accouchements restait un peu dans l'obscurité. Les nécessités de la Maternité royale lui donnèrent le prestige qui lui manquait. Les éperons de cheva

lier et la noblesse héréditaire furent conquis dans les chambres du palais. Mais le titre jurait un peu avec la vieille appellation de « Sage-Femme ». Le terme, accoucheur vint en vogue, mais il s'adapta mal aux exigences des professeurs et des auteurs, il ne parut pas assez euphémique et fut jugé d'une signification trop pratique. On désirait une dénomination ayant un caractère plus scientifique, et celle d' « obstétricien » parut pendant un certain temps répondre au desideratum de ceux qui avaient l'ambition de montrer qu'ils savaient aussi bien enseigner la doctrine que manier le forceps. Cependant, les femmes, qu'elles soient dans les mains de Shandean Slops, ou de Caxtonian Squills (1), ne sont pas toujours comme elles devraient être, aussi bien avant qu'après l'acte obstétrical. Elles ont des maladies avant, sont sujettes à des accidents à ce moment, et souvent souffrent de complications dont la cure exige une intervention chirurgicale habile. Un certain nombre d'accoucheurs pouvaient à la vérité fendre un périnée, mais il n'était pas donné à tout le monde de le remettre en état. Aussi les obstétriciens commencèrent-ils bientôt à créer une spécialité secondaire, ils se complurent à trouver des néologismes grecs, et ils ne furent pas longs à se décorer de la qualification de gynécologistes. La fondation de sociétés de gynécologie fut le complément de cet esprit de secte, et, dans leurs actes, nous trouvons toutes leurs spéculations et leurs manœuvres si bien en évidence qu'il nous est possible de les observer et de les critiquer à loisir dans leurs bourgeons, dans leurs fleurs, et dans leurs fruits.

Le développement de la spécialisation constitue à la fois un bienfait et un danger. Il est bon de savoir que des hommes de large culture, capables de relier chaque aire petite et spéciale de recherches et de l'examiner à la lumière du vaste domaine dans lequel elle représente un facteur essentiel et inaliénable, se consacrent à des recherches particulières. Si ces sociétés spéciales étaient des lieux d'enseignement pour des

(1) Personnages ridicules, dont il est question dans deux ouvrages anglais.

maîtres, et non des théâtres, qui se distinguent par des exhibitions successives de curiosités et des histoires de choses merveilleuses, qui doivent se produire à un temps prescrit, on pourrait les apprécier. Il y a une grande différence entre un homme qui se conduit et agit en spécialité, qui est reconnu comme tel, et un lot d'individus, mélangés, qui se réunissent, chacun poussant en avant, comme s'il s'agissait vraiment d'une société de spécialistes. Le maître d'une meute est un spécialiste à sa manière, mais il serait absurde de supposer que tout cavalier serait capable de prendre sa place, ou tout autre que celle d'un suivant. Mais, ici est le danger avec les groupes de gynécologistes. Il ne convient pas à tous de s'élancer sur le même sentier. Pour être quelque chose, chacun doit cultiver son petit domaine thérapeutique et s'y tenir. Or, tâtonner parmi les détails est une occupation absorbante et paralysante, et bientôt la courbe d'un pessaire ou le revêtement d'un spéculum tiennent tout le champ de la vision, et les grands principes sont perdus de vue. Invariablement attaché à une seule idée et creusant toujours dans la même ornière, un homme peut tomber au niveau le plus bas de la routine. Qu'arrive-t-il ainsi? Tandis que du grand nombre des gynécologistes quelques-uns seulement s'inspirant de l'idée de Hunter « tout désaccord, harmonie non comprise », passent leur existence dans les sphères élevées des recherches spéculatives, réfléchissent, émettent des idées, multiplient les principes fondamentaux et les appliquent aux phénomènes pathologiques propres au sexe féminin — dans le but spécial de contribuer à l'élucidation de leur cause, de leur mode d'origine, et de leur prophylaxie — les autres se dépensent eux-mêmes sur le terrain inférieur de l'action thérapeutique. La maladie existe, mais le comment et le pourquoi ne les regarde pas. Pourquoi vouloir sonder l'impénétrable ? Si l'erreur et la folie des hommes produit quelque chose d'excisable, leur affaire est avec ce qui est accessible, et de l'extirper. Ainsi, la myomotomie suit l'ovariotomie. L'opération de Porro supplante la césarienne ; Battey a raison de ses difficultés avec l'*oophorectomie nor-*

male, et l'on voit bientôt les *moutons de Panurge* se ruer en foule dans la trouée.

C'est de cette oophorectomie épidémique, contagieuse, pour ainsi dire, que j'ai à m'occuper.

L'opération elle-même n'est aucunement une nouveauté. Elle a été pratiquée de tout temps, bien que non pour des raisons chirurgicales. Au dernier siècle, et presque au même moment, L'Aumonier et Pott extirpèrent les ovaires comme moyens curatifs, le premier il est vrai, non de parti pris, à l'occasion de l'ouverture d'un abcès de la région iliaque. Au contraire, Pott entreprit systématiquement l'opération, et extirpa les deux ovaires qui constituaient une hernie inguinale. Bien que Blundell (1) n'ait pas lui-même pratiqué l'opération, il serait injuste de ne pas faire mention de sa proposition prophétique si souvent citée, à la Société médico-chirurgicale en 1823. Lassus, en 1858, et deux auteurs allemands communiquèrent deux cas semblables à celui de Pott. Kœberlé, en 1869, enleva un ovaire, qui le gênait dans l'application d'une ligature sur le ligament large pour le traitement d'une rétroversion de l'utérus. Également, Esmarch extirpa peu après les deux ovaires à une jeune femme, atteinte d'atrophie congénitale du vagin. Elle était en proie chaque mois, au moment des règles, à des douleurs si fortes, que dans ses contor-

(1) Il est, en effet, extrêmement intéressant d'étudier l'œuvre de Blundell. Tout récemment (*Edinb. med. Jour.*, décembre 1891, p. 551), dans un discours à la Société obstétricale d'Edimbourg, B. Hart résumait, quant aux questions de gynécologie opératoire, son œuvre de la façon suivante : « il a prévu : 1° la section des trompes de Fallope pratiquée, à l'heure actuelle, par un certain nombre de chirurgiens, après l'opération césarienne ; 2° l'extirpation des ovaires contre la dysménorrhée et les inversions utérines, intervention connue aujourd'hui sous le nom d'opération de Battez ; 3° la modification apportée par Porro à la césarienne. Enfin, en ce qui concerne l'extirpation de l'utérus cancéreux, il a donné les indications qui sont précisément celles que reconnaissent aujourd'hui le plus grand nombre des chirurgiens. Je pense que le plus grand nombre des chirurgiens voudront, de préférence, procéder à l'extirpation des parties malades après incision sus-pubienne, procédé opératoire qui permettra de se rendre compte de l'état des viscères abdominaux, mais qu'on reconnaîtra à la fin que l'extirpation à travers la filière pelvienne donne des résultats supérieurs ». R. L.

sions, ses efforts, elle forçait les ovaires à travers les orifices inguinaux. Comme ces organes étaient le point de départ de douleurs névralgiques irradiées, Esmarch les enleva, sans se préoccuper le moins du monde ni de la suppression de la fonction, ni de l'éventualité d'une ménopause prématurée, tout comme un dentiste extrait une dent douloureuse. Il fit simplement une castration bilatérale, et laissa l'honneur de la dénomination *ovariotomie normale* ou *oophorectomie* à Battey et à Hégar, qui commençaient alors à mettre en vogue le terme « castration des femmes ».

Ces deux chirurgiens firent en juillet et août 1872, à intervalle de vingt jours, la castration après laparotomie, l'un à Fribourg, l'autre à Rom (état de Géorgie). Sans doute, ils n'eurent ni l'un ni l'autre aucune connaissance des raisons de leur intervention et de leur procédé opératoire. Les deux malades avaient la même affection : névralgie cataméniale. L'opérée d'Hégar mourut de septicémie. Aussi, durant quatre années, le chirurgien renonca-t-il à cette espèce d'opération. Battey eut un meilleur résultat. Son opérée guérit et fut débarrassée de sa maladie. Poussé par le succès. il se hâta de faire connaître cette opération, au mois de septembre suivant, dans l'*Atlanta med. and Surg. J.*, et six mois après exposa tous les détails de sa méthode et développa sa théorie à la *Medical Soc. of Georgia.* La même idée, ou à peu près la même, servit de base aux deux opérations. L'idée d'Esmarch n'avait pas été plus compliquée que d'enlever des organes qui étaient le siège et la cause de douleurs ressenties par la malade. Les deux autres pathologistes, par contre, visèrent la fonction ovarique et ses effets sur l'organisme. Hégar établit, expressément, dès le principe, qu'il espérait obtenir par la castration la suppression de la fonction ovarique, la cessation de l'influence intermittente et périodique des ovaires sur l'organisme, et la production d'une ménopause prématurée. Battey était-il allé aussi loin dans ses prévisions, avait-il compris lui-même toute la portée de sa proposition, cela fut mis en doute. Il consacra beaucoup de temps — six années — à délibérer et à consulter à ce sujet, et ne rencontra qu'in-

différence et désapprobation. Ses arguments ne réussirent à lui rallier personne. On soutint qu'il avait eu seulement l'idée de faire cesser des troubles pelviens, sans avoir vu plus loin; mais, il mentionne nettement qu'il comptait sur un « changement de vie » après la castration. S'il n'a pas aussi complètement que son collègue allemand, élaboré la question et développé sa doctrine, on peut cependant admettre qu'il savait ce qu'il faisait, et qu'il avait réfléchi à ce qui pouvait vraisemblablement arriver. De toute manière, il médita son sujet soigneusement, agit d'une manière indépendante, et fut le premier connu à agir ainsi. Il fut prudent, attendit patiemment, et épia soigneusement une bonne occasion de mettre son procédé opératoire à l'épreuve, et réussit enfin à démontrer qu'il était logique, rationnel et efficace en pratique. Si ces arguments n'avaient converti que fort peu de monde à ses opinions, sa pratique fut bientôt suivie par des imitateurs, et des droits lui sont acquis au titre de priorité.

Jusqu'ici nous n'avons parlé que de l'ovariotomie pour troubles menstruels. Les ovaires furent traités comme des criminels avérés. Battey, dans son premier cas, paraît s'être efforcé pendant six années, d'obtenir une amélioration, mais inutilement. Ce ne fut qu'après avoir dûment constaté que le cas était sans ressources et incurable par les moyens ordinaires, que l'intervention radicale fut résolue et pratiquée. C'était une alternative pénible, et dont on ne tire pas vanité. Quand un chirurgien est dans la nécessité, non seulement de donner son avis, mais encore d'exécuter la décision prise, la seule circonstance qui le sauve dans l'affaire, c'est son habileté dans l'exécution. En cela, le point damnable c'est qu'il soit nécessaire de recourir à une telle mesure. Comme la société est en défaut vis-à-vis du crime, de même les médecins le sont vis-à-vis de la maladie. Là, trop de lois, pas assez d'évangile ; ici, trop de médecine, pas assez de philosophie pathologique. Il pourrait en être autrement. Avec de meilleures principes, et une éducation plus éclairée, il y aurait moins de crimes et partant omins de pénalité. Avec

une intelligence plus nette des fonctions plus élevées de la médecine, plus de réflexion, plus de recherche et plus de raisonnement méthodique, on se défierait davantage de la maladie, la résistance vitale deviendrait plus grande, et il y aurait moins de chirurgie. Mais nous sommes loin de nous être élevés à ce niveau, et les femmes atteintes d'accidents dysménorrhéiques peuvent, à bon droit, se réjouir de ce qu'il existe encore quelques oophorectomistes aussi circonspects et aussi humains que Battey.

L'année 1872 fut remarquable en cela qu'à un intervalle d'un mois l'un de l'autre, trois oophorectomies furent faites, par trois chirurgiens différents, sans qu'ils eussent réciproquement connaissance de leur intervention. Nous avons rapporté les opérations de Battey et d'Hégar. Le 1er août, quelques jours après l'opération d'Hégar, Tait, de Birmingham, dit avoir enlevé les deux ovaires à une femme épuisée par une hémorrhagie incoercible, sous la dépendance d'une augmentation de volume ou d'une tumeur de la matrice. Elle se rétablit et fut mieux les deux années qui suivirent. On rapporte, également, qu'au cours de l'année suivante, le même chirurgien fit trois opérations semblables. Mais, dans deux de ses cas, il n'enleva qu'un ovaire. C'était là une opération imparfaite — non l'opération complète d'Hégar. Il est évident qu'il y eut là intelligence imparfaite de la doctrine d'Hégar. D'ailleurs, il ressort de l'examen des statistiques de Battey, qu'un grand nombre des premières opérations de ce dernier furent entachées du même défaut. Il semble que, lui aussi, pour des raisons incompréhensibles, ait manqué au principe sur lequel tout repose. Gillmore et Pallen, des Américans, firent, en décembre 1872, l'opération bilatérale, avec succès. Durant les quatre années suivantes, d'autres opérateurs la pratiquèrent, Peaslee, Trenholme, Goodell, Sims, Thomas... Ceux-ci, pour la plupart, suivirent l'exemple de Battey, et, au début, intervinrent chez des malades, tourmentées par des névralgies et des symptômes nerveux d'ordre général, ou qui étaient atteintes d'anomalies congénitales incompatibles avec la menstruation.

Puis, en 1876, Trenholme imita ce que Hégar et Tait avaient fait, et pratiqua l'opération pour des hémorrhagies liées à des fibromes utérins. Trop de ces opérations demeurèrent incomplètes. Sur onze opérations, faites par Sims, de février 1875 à août 1881, six furent unilatérales. La technique opératoire n'était pas non plus uniforme; les uns opéraient par la voie vaginale, les autres par la voie abdominale. A la longue, en 1881, Battey lui-même déplorant l'abus qui était fait de l'oophorectomie, se vit contraint, au congrès international tenu à Londres, de faire entendre sa protestation, et de souligner le fait qu'il n'avait, jusqu'à ce moment, rencontré que quinze cas dans lesquels l'opération était justifiée.

En 1876 seulement, Hégar, en Allemagne, se remit à opérer. Au mois d'août de cette année, il extirpa les ovaires à deux femmes atteintes de fibromes utérins hémorrhagiques. Kaltenbach, au mois d'octobre suivant, intervint aussi dans les mêmes conditions, mais son opérée mourut. Nussbaum eut un succès la même année. De cette époque jusqu'en 1879, Martin, Freund, Fehling et Tauffer châtrèrent plusieurs femmes, la plupart pour des fibromes rebelles aux autres modes de traitement. Tauffer et Langenbuch pensèrent que cette pratique pouvait être étendue, et ils opérèrent dans quelques cas où des phénomènes dysménorrhéiques et autres avaient manifestement une origine ovarique. Mais, dans l'ensemble, ce fut l'influence de la doctrine d'Hégar qui fut prédominante, et l'on n'eut pas à constater, en Allemagne, la même folie opératoire qu'en Amérique. Les rapports de Wiedow, à Fribourg et à Copenhague, montrèrent combien avaient été grands le nombre et les succès des oophorectomies contre les affections utérines parmi les Allemands. En Suisse, Bischoff, Bircher, et Müller, acceptèrent les théories de Battey et, sans hésitation, se mirent à opérer. Depuis 1880, l'opération a été acceptée en Espagne et en Italie.

Ce n'est pas la première fois qu'on a dit qu'il est certaines affaires que les Français conduisent mieux que nous ne faisons. Et, sûrement, en certaines questions de gynécologie, il en a été ainsi. La faculté de logique est vigoureuse chez

les Français. Il semblerait presque que leurs femmes ne sont pas aussi sujettes que celles des autres pays aux troubles pelviens. La question de l'oophorectomie était devenue répugnante à cause du fanatisme des Américains, et troublante à cause de certaines révélations faites en Angleterre. Le « *Batteyisme* » était à la période d'essai, et en processus de classification. On pouvait attendre : *Fiat experimentum!* Et pour l'instant, se contenter des observations et des communications faites.

Les choses restèrent ainsi en France jusqu'en 1880, époque à laquelle, convaincu de la justesse du principe et de l'utilité de l'opération dans des mains judicieuses, le professeur Duplay opéra dans un cas de fibrome, en enlevant les deux ovaires. Il fit sa seconde opération en 1884.

Péan commença en 1882, et communiqua en tout huit observations. Dans trois de ces cas, il s'agissait d'absence congénitale de l'utérus et du vagin; dans les cinq autres, d'accidents névralgiques. Bien que, d'une manière générale, les laparotomies ne soient pas populaires en France, toutefois, à l'heure actuelle, les chirurgiens français choisissent soigneusement les cas pour l'oophorectomie. Et les habitudes de la pratique chirurgicale française rendent très improbable l'éventualité d'une épidémie de laparotomies.

L'opération ne fut pas tout d'abord bien accueillie en Angleterre. Tait, de Birmingham, s'est, pour ainsi dire, identifié avec elle dès le principe. Il l'a modifiée et étendu son champ d'application. Beaucoup d'autres ont suivi sa marche en avant, quelques-uns même tentèrent de le dépasser. Les ovaires et leurs annexes subissent maintenant la même destinée. Aujourd'hui, les mailles du réseau des raisons physiques et morales, en vertu desquelles l'opération devrait être faite, sont si étroites que bien peu des cas qui, d'une manière quelconque, peuvent être rattachés aux organes de la génération ou de leurs fonctions, ont quelque chance d'échapper à la laparotomie ou à quelque chose de plus. L'état actuel de l'oophorectomie en Angleterre démon-

tre combien j'avais pleinement raison d'écrire ainsi que je l'ai fait en 1882, et combien aussi mes avertissements sont restés sans effet. Je disais alors, et je n'ai pas un seul mot à rétracter aujourd'hui : « Bien que reconnaissant le principe de l'opération, je constate qu'elle est d'une application très limitée, et qu'elle prête tellement à l'abus que son application dans les cas d'affections mentales et nerveuses ne doit être prise en considération qu'après le long essai d'autres moyens thérapeutiques, et avec la sanction formelle de praticiens expérimentés.... Sauf dans les cas où des fibromes hémorrhagiques peuvent exiger l'extirpation d'ovaires sains, nous pouvons au moins demander qu'il soit bien évident que les ovaires sont malades avant de consentir à leur extirpation, dans l'espoir qu'elle guérira de ces malaises nerveux, vagues, auxquels les femmes sont sujettes, qui souvent cèdent à un traitement moral ou à des changements dans les conditions sociales, qui, en beaucoup de cas aussi, s'améliorent par des moyens qui ne peuvent agir que médiocrement, excepté sur l'imagination, qui souvent réapparaissent après la cure, laissant ces êtres découragés et offerts en victime à des expérimentateurs sans scrupules ou enthousiastes sans raisons.... ».

Le danger est, à l'heure actuelle, en voie d'augmentation, parce que l'opération s'est introduite partout. Les oophorectomistes du monde civilisé se donnent la main avec les châtreurs aborigènes de la Nouvelle-Zélande. L'ovaire est, en fait, le noyau de la science et la source de la pratique gynécologiques. Ses produits occupent l'art obstétrical. Les troubles qu'il provoque dans l'organisme en général sont les champs d'exploitation des prolétaires de la gynécologie. Ses changements anatomo-pathologiques, ses déplacements, ses lésions et celles de ses annexes sont l'arène des opérateurs. Ce qu'il y a d'extraordinaire, en vérité, c'est la tolérance des femmes, pour les sections et mutilations qu'on leur fait subir !

Mais l'ovaire est encore plus que cela. La fonction capitale

dévolue à la femme, c'est la reproduction, toutes ses autres actions vitales ne sont que secondaires. Physiologiquement, pathologiquement, les organes de la génération ont des qualités propres dont le chirurgien doit tenir compte. Ce ne sont pas, à vrai dire, des organes vitaux. Le but à la réalisation duquel ils sont destinés, vise plus l'espèce que l'individu. Le temps de leur activité fonctionnelle n'est pas aussi long que celui de l'existence de l'être dont ils sont un des éléments constituants. La santé générale n'est pas plus mauvaise, elle est peut être meilleure, pendant leur période d'inactivité. La maladie est exceptionnelle dans ces organes avant l'époque de la puberté. C'est le plus souvent durant le temps de leur activité qu'ils sont sujets à devenir malades. Le début des états pathologiques dont ils sont le siège et qui peuvent entraîner la mort après l'âge critique, peut presque toujours être reporté à la période moyenne de l'activité génitale.

Ils affectent les forces et les facultés physiques et morales durant leur stade de développement et de pleine activité ; mais très médiocrement avant et après. Les trompes, la matrice et le vagin, sont des organes accessoires plus ou moins importants. L'ovaire peut exister sans eux. Mais, il est bien rare que trompes, matrice et vagin soient complètement formés en l'absence des ovaires. L'évolution d'ovules est encore possible, quand les annexes ovariques ne sont plus représentées, ou même si elles sont en voie de dégénérescence cancéreuse. Les ovaires malades ou extirpés, la fonction s'arrête, tous les autres organes accessoires s'atrophient. Aucune des autres portions du canal génital n'est capable de faire ce que l'ovaire fait, mais la trompe peut se substituer à l'utérus comme siège de la gestation, et l'utérus, l'état de gestation excepté, se comporte essentiellement comme une portion de la trompe. Dans l'enfance et la vieillesse, sa cavité diminue et se rapproche davantage de celle de la trompe. Il est un fait, également, que le chirurgien, sur le point de se décider à l'extirpation, ne doit

jamais perdre de vue, et principalement dans les cas où les indications ne sont pas formelles, à savoir : que les ovaires ne sont pas des organes aussi isolés, que leur nombre n'est pas aussi invariable qu'on l'admet en général. Ici, comme ailleurs, se dessine une tendance au retour vers les types inférieurs de développement; ainsi, des îlots de tissus ovifères peuvent-ils exister dans les feuillets péritonéaux adjacents. Ils peuvent se trouver en dehors de la ligature du pédicule ; et, s'ils sont laissés *in situ*, ils sont aptes à conserver les impressions sexuelles et la faculté d'ovulation périodique. Liégeois mentionne le fait dans sa « *Physiologie appliquée à la médecine et à la chirurgie*, 1869 ». Waldeyer trouva un fragment de tissu ovarique dans le pédicule d'une tumeur après avoir, croyait-il, terminé complètement une ovariotomie. Weigel, sur un total de six cents femmes, n'en compta pas moins de vingt-trois qui avaient plus que les deux ovaires. Les exemples de menstruation régulière, de grossesse après une ovariotomie bilatérale, sont du reste assez nombreux pour montrer combien le chirurgien peut être déçu dans ses calculs par une condition qu'il lui est impossible de prévoir ou de déterminer exactement, même au moment de son intervention.

Le fait que les femmes, pendant une période de trente cinq à quarante ans ont une portion de leur organisme dans un état d'excitation périodique, en vue de l'acte spécial de la gestation, conduirait à penser, a priori, que l'ensemble de l'organisme doit, d'une manière ou d'une autre, exprimer les effets de cet état particulier. Or, il en est ainsi. Dans l'enfance, les filles ont une résistance vitale supérieure, et la mortalité des garçons est plus grande. Durant la période de procréation la proportion est inverse, et cela indépendamment des accidents de l'accouchement. Après la ménopause, après l'âge critique, la mortalité maxima s'observe de nouveau dans le sexe masculin. Et ces différences de mortalité entre les deux sexes, envisagées d'une manière générale, seraient encore plus marquées si les accidents et les mala-

dies de la grossesse et des suites de couches ne rétablissaient pas un peu l'équilibre.

Il existe entre les deux sexes, à toutes les époques de la vie, une différence constitutionnelle ; mais, durant la période où les femmes sont essentiellement des femelles, elles ont une sensibilité, une excitabilité plus grandes, une fibre plus lâche et plus délicate, avec une disposition plus marquée aux affections nerveuses et aux maladies à caractère asthénique. Le développement de la puberté entraîne une série d'accidents, habituellement l'anémie ; l'ovulation, la parturition et la lactation sont le point de départ d'un certain ordre de troubles, tandis que des anomalies nerveuses et des dégénérescences de tissus marquent le déclin des fonctions et la torpidité des organes de la génération.

Des états pathologiques nombreux, dont l'atténuation ou la cure ont été obtenus ou recherchés par la castration, nous devons évidemment exclure ceux qui sont liés à la gestation. Ils peuvent sans doute, éventuellement, exiger l'ovariotomie, mais pour l'instant, nous n'avons aucunement à nous occuper de ce sujet. Une des dernières tables d'oophorectomies donne l'âge des plus jeunes des opérées : 18 ans, pour myômes hémorrhagiques ; 17 ans, pour névralgie ovarique et hystérie, cas dans lequel la maladie ne fut pas le moins du monde améliorée ; enfin, 18 ans, pour malformation.

Péan, une fois, fit la castration pour des symptômes épileptiques compliqués de troubles mentaux à l'âge de 45 ans, et sans résultats favorables ; c'est l'âge le plus avancé dans la table qui concerne les malades nerveuses. L'âge immédiatement au-dessous, est 40 ans, et 52 ans est l'âge extrême dans la table des cas utérins, encore la malade mourut-elle quelques mois après de cancer. Il semblerait par là que chez toutes les malades plus âgées qui se soumettent à la section abdominale, il s'agit d'ovariotomie pour hypertrophie kystique ou autre des ovaires. De 171 femmes qui subirent l'opération pour fibromes utérins hémorrhagiques, 53 étaient âgées de 30 à 40 ans, 62 de 40 à 50, et seulement 9 de moins

de 30 ans. Le nombre des cas d'oophorectomies pour d'autres raisons est comparativement faible, et peu des opérées avaient dépassé l'âge moyen.

Les limites dans lesquelles, d'après nos recherches, se rencontrent les maladies justifiables de l'oophorectomie comprennent un espace de 20 ans de la vie de la femme, de 30 à 50 ans. Aussi, dans l'ordre habituel des choses, les indications, sauf pour les fibromes, ne peuvent être que rares. Si le promoteur lui-même de la doctrine n'a trouvé en dix ans que 15 cas où l'opération était réellement indiquée, nous sommes autorisé à admettre en présence d'un nombre d'opérations beaucoup plus élevé, que les opérateurs sont ou bien le jouet de leurs propres illusions ou bien qu'ils manquent de jugement.

Durant les 20 années auxquelles il a été fait allusion, les maladies auxquelles les femmes sont le plus communément sujettes, et qui sont liées aux organes de la génération, consistent eu un développement anormal du tissu utérin, fibreux ou musculaire, soit interstitiel, soit proéminent de l'une ou l'autre des surfaces de la matrice. Ces tumeurs engendrent des malaises incompatibles souvent avec la vie sociale. Elles constituent des obstacles à l'accouchement. Elles sont le point de départ de toute une variété de phénomènes nerveux réflexes, en quelque cas presque intolérables. Elles peuvent donner lieu à des épanchements ascitiques, à des attaques de péritonite aiguë ou chronique, et à des hémorrhagies graves. Et Rœhrig déclare que les cas, assez mauvais pour être venus chercher une amélioration à Kreusnach, ont fourni une mortalité directe de 11,4 p. 0/0.

Contre une maladie susceptible de causer tant de méfaits, on est vraiment autorisé à employer toutes les ressources que la science met en nos mains. Bien qu'un certain nombre de femmes souffrent moins qu'il n'est même possible de l'expliquer, ces tumeurs sont de nature à rendre misérables et de ruiner toute une série d'existences. Le traitement médical n'a, dans l'espèce, guère d'efficacité. Quant à la myômotomie,

ses résultats, même à l'heure actuelle, sont déplorables. Et l'opération, quand elle n'a pas été fatale, est restée souvent incomplète.

Ces tumeurs ont, en quelque sorte, un caractère de multiplicité, aussi, le malade est-il exposé à retomber dans son état antérieur, du fait du développement des noyaux abandonnés ou d'une néoformation de tumeurs. Un grand nombre d'auteurs ont soutenu qu'une femme sur cinq ou six est atteinte de fibrome de l'utérus, petit ou volumineux, silencieux ou point de départ de malaises. Heureusement, s'il en est ainsi, le plus grand nombre n'ont qu'une existence transitoire. Beaucoup, qui dans les autopsies de femmes âgées sont trouvés en voie de dégénérescence ou de transformation montrent qu'ils ont une tendance à s'atrophier, à devenir inoffensifs après la ménopause.

Basée sur ce fait, la castration nous offre avec la myômotomie ce contraste frappant d'une mortalité de seulement 14,6 p. 0/0, allant de pair avec une diminution des tumeurs, l'arrêt des hémorrhagies, et la disparition de beaucoup des symptômes concomitants. Comme, en outre, la moitié de cette mortalité était due à la septicémie, le champ s'ouvre largement à l'intervention chirurgicale.

Mais l'utérus n'est, en réalité, qu'une portion de l'oviducte, destinée au séjour temporaire de l'embryon. Or, nous n'avons pas encore déterminé exactement quelles sont les influences sur la constitution des fonctions naturelles de la portion proprement dite des trompes, et nous ne savons pas grand'chose de leur pathologie. Quelquefois, les trompes usurpent le rôle d'organes incubateurs. En pareille condition, il est évident, parce que la mort, à défaut d'intervention, serait à peu près certaine, qu'il faut les extirper dès que cet état anormal menace la vie. Mais, dans ces derniers temps, ces organes inspiraient une certaine crainte. Comme ils ont une structure érectile, il rougissaient, en quelque sorte, au contact de l'explorateur abdominal. Puis un cri s'éleva contre eux comme étant des organes sujets aux congestions, aux

hydropisies, aux stases, aux suppurations, aux hémorrhagies, aux névralgies, et comme étant l'origine de toutes sortes d'aberrations psychiques. Il se produisit alors une réaction violente, et, dès lors, tout malaise hypogastrique donna lieu à une exploration ou à une mutilation.

Ainsi qu'il arrive avec d'autres canaux, les passages internes et externes ne sont pas toujours libres comme ils devraient l'être, et leur contenu n'est pas toujours normal. Irrités eux-mêmes, ils provoquent de l'irritation autre part. On en pourrait dire autant de conditions semblables chez l'homme. Mais, viendra-t-il jamais à la pensée de quelqu'un, d'exciser le pénis pour un rétrécissement ou une gonorrhée, ou de castrer un homme parce qu'il a une hydrocèle, où qu'il pèche contre la morale.

Mieux vaut être sincères et patients, avouer que nous savons peu de choses, tâcher d'en apprendre davantage, et, en attendant, éviter d'être préjudiciables. Qui est capable de diagnostiquer, à coup sûr, l'existence de maladies irréparables, dans ces organes inaccessibles à nos moyens d'investigation ? Une incision exploratrice est un aveu d'ignorance, et trop souvent un témoignage d'impatience. Combien semblable intervention est peu justifiée dans une maladie sans gravité sérieuse, en présence de laquelle il est permis d'attendre !

Un cas de malformation congénitale, compliquée de ce qu'on appelle aujourd'hui dysménorrhée mécanique, qui se termina par la mort, inspira à Battey, qui avait soigné le sujet, l'idée qu'on pourrait peut-être, comme mesure extrême, combattre cette affection par l'extirpation des ovaires. Et Gilmore fut le premier à éprouver la valeur de ses conclusions sur ce point spécial. Peaslee l'imita en 1876, et Battey, en 1877. Ce dernier eut la satisfaction d'obtenir un bon résultat. Il en alla de même pour le cas de Gilmore. Depuis lors, l'opération a été répétée pour la même raison ou de semblables avec une mortalité, si je puis en juger d'après le petit nombre des faits, de 15 p. 0/0. Dans cette catégorie de

cas, on peut ranger les obstacles à la fonction menstruelle conséquences d'accouchements laborieux, d'accidents, de tentatives chirurgicales faites par des gynécologistes imprudents, ou suites de malformations pelviennes, de flexions et de déplacements de la matrice. Ce sont, après tout, des conditions peu communes, et l'oophorectomie, en tant que moyen de parer aux accidents, est moins dangereuse et plus efficace que les autres opérations faites pour guérir ou soulager les malades.

Les ovaires eux-mêmes sont souvent le siège de la douleur, et l'origine de névralgies aiguës et de symptômes hystériques. Les accès coïncident avec l'excitation périodique de l'organe. Et les rapports de ces symptômes avec l'ovaire sont démontrés par le fait qu'ils se manifestent au moment de l'imprégnation, et qu'ils sont même pour certaines femmes la preuve que la conception a eu lieu. Souvent, ils coïncident avec les premières périodes du développement des dégénérescences kystiques, et, en beaucoup de cas, ils cessent immédiatement après l'ablation des ovaires. Ce résultat, je l'obtins dans 3 opérations sur cinq, que j'ai pratiquées.

Cause, effets, et moyens curatifs sont ici parfaitement mis en évidence. Pour les deux autres cas, il est probable que dans l'un le bénéfice obtenu fut dû autant à la reposition d'un utérus épaissi et rétrofléchi qu'à l'extirpation de l'un des ovaires, l'autre ovaire étant dans un tel état d'atrophie, qu'il n'avait plus de forme et qu'il était inerte. Dans le 5e cas, les ovaires avaient été enlevés, à intervalles divers, par des chirurgiens Hollandais en renom, d'ailleurs sans aucun avantage durable. Quand j'opérai, je ne constatai aucune trace de l'un ou l'autre ovaire, je me contentai de décoller une portion de l'épiploon et une autre du petit intestin qui adhérait à l'utérus, et de sectionner une autre portion d'épiploon qui était à la fois soudée au fond de l'utérus et à la cicatrice abdominale. Dans les deux cas, la castration n'avait pas soulagé les malades. La libération des adhérences anormales réalisa ce qui manquait, et doit être considérée comme

quelque chose de plus que le simple complément des deux oophorectomies. Tous ces cas avaient été discutés, dans des consultations répétées, par plusieurs hommes compétents ; on n'avait rien négligé dans la voie des moyens palliatifs, et aucune décision ne fut prise sans délibération impartiale. Cette expérience, quoique très limitée, suffit à démontrer combien la question de cette opération contre la dysménorrhée nerveuse est entourée de difficultés diagnostiques et pronostiques.

Si l'on considère l'infinie multitude de malades qui viennent nous consulter pour des symptômes nerveux et mentaux, bizarres, tourmentants par leur ténacité et leur obscurité, on conçoit que beaucoup de praticiens téméraires, trop impressionnables, irrités de leur impuissance, épris de nouveautés, excités par l'exemple, et avides d'une renommée locale, aient cédé à la tentation, dans l'espoir que la chance les favorisaient, et réussissant surtout à prouver combien est puissante la contagion de la folie.

Si l'on veut bien se rappeler combien de cas guérissent spontanément, combien souvent les symptômes s'évanouissent à la suite d'une impression psychique ou même d'un choc physique, ou par le maintien d'une attitude anormale, si l'on songe combien d'ovaires fertiles mais douloureux ont été sauvés par le traitement systématique de Weir Mitchell, et combien de fois il est arrivé qu'une opération, simulée ou incomplète, a suffi à supprimer ou atténuer les souffrances, on en vient à douter de la soi-disant nécessité et même du prétendu succès de l'opération. Il est toujours impossible de bien départager ce qui est dû à l'excision ou à l'impression psychique. On ne saura jamais le nombre de femmes qui ont été rendues stériles, et qui auraient pu être tout aussi bien débarrassées de leurs souffrances par un traitement simulé. C'est là une question qui supprime le lustre d'emprunt d'une masse de statistiques.

Nous ne prétendons nullement qu'il ne se rencontre jamais des cas de dysménorrhée nerveuse, accompagnés de

symptômes névralgiques, hystériques, contre lesquels la médication échoue, et qui ne laissent pas d'autre alternative aux malades que de les subir ou de se faire opérer. Mais, ce que nous affirmons, avec Battey, Duncan et beaucoup d'autres médecins avisés, c'est que ces cas sont très rares. Le mystère de certaines statistiques ne se trouve dévoilé que quand on apprend certaines histoires révoltantes et authentiques, comme celle de cette jeune dame qui, bien portante, quitte son domicile, va à Londres ou dans quelque ville de province, et là, prise d'une indisposition insignifiante, consulte qui — un homme qui ne se préoccupe pas d'autre chose que d'obtenir l'aveu que les périodes menstruelles s'accompagnent de « *quelques malaises* », et qui part de là pour insister sur la nécessité de l'oophorectomie, qu'il pratique quelques jours après. Fort heureusement, la dame revint, put rentrer chez elle et raconter ce qui s'était passé. Mais si elle était morte, quelle eût été la sanction? Mes premiers et derniers avertissements étaient-ils hors de propos et exagérés?

Personne ne peut se glorifier des avantages de l'oophorectomie contre l'aliénation mentale. Sans doute, un certain nombre de jeunes filles mélancoliques, poussées par de longues souffrances et ayant songé au suicide à cause de l'impuissance de la médecine, peuvent, après avoir été opérées, retrouver le rire et se reprendre à vivre, car les femmes ne sont pas moralement affectées par la castration comme des eunuques. Mais, pour ce qui est des vraies folles, non! Les gynécologistes ne dépeupleront jamais les asiles d'aliénés. D'ailleurs, les nécropsies faites dans ces asiles, montrent généralement des ovaires sains ou atrophiés, et, d'autre part, parmi les malades sur lesquelles l'opération, justifiée, de l'ovariotomie a été faite pour des dégénérescences des ovaires, il ne s'en est rencontré de folles qu'extrêmement rarement.

Les plaisanteries d'hommes qu'il ne nous sied pas de nommer, qui parlent de débarrasser le monde de la folie et du

mal, ne visent pas moins qu'à l'extinction de l'espèce humaine et à la castration sur lui-même du dernier homme, car qui castre les fous est fou lui-même. En ce qui concerne la nymphomanie, un opérateur se compromet quand il se prononce d'une manière aussi inconséquente. Il doit savoir que la passion chez la femme se raille de l'oophorectomie, et l'absence de logique de son raisonnement, condamne son jugement.

La fureur érotique et les mauvaises habitudes qui dénotent un esprit mal équilibré, sont des conditions qui sont bien plus du ressort du moraliste que du chirurgien. Les parents, les tuteurs et le clergé doivent être les guides et les protecteurs de la jeunesse. La profession médicale ne peut agir qu'en les instruisant. Cette question importante a été rarement traitée avec plus de sagesse et de jugement que par Wheelhouse, de Leeds (1).

Conclusions. — L'oophorectomie, ou l'ablation des ovaires normaux, peut être conseillée dans quelques cas de fibromes utérins, et contre des hémorrhagies d'origine utérine, incoercibles.

On peut y recourir au cas de certaines malformations des organes génitaux, de déformations pelviennes, et d'obstructions accidentelles du vagin.

Le droit de la pratiquer dans les cas de dysménorrhée ovarique ou de névralgie est très limité, et l'intervention n'est justifiée que lorsque les accidents ont résisté à tous les autres moyens thérapeutiques, et que la vie ou la raison sont en danger.

---

(1) Sp. Wells cite, ici, certaines propositions de cet auteur, qui peuvent être résumées de la façon suivante :

Il incombe au médecin de bien renseigner les parents sur la nature des dangers auxquels leurs enfants sont exposés, quand ils sont soustraits à leur surveillance ; instruits par le médecin, les parents doivent s'efforcer de remplir complètement leurs devoirs vis-à-vis de leurs enfants. D'autre part, il est du devoir des personnes à qui l'on confie l'éducation des jeunes gens, de s'efforcer de développer chez leurs élèves autant la pureté de l'esprit que les facultés de l'intelligence. Pour le reste de l'éducation morale, on peut entièrement s'en remettre aux ministres de la religion.

Dans presque tous les cas d'excitation nerveuse et de folie, l'opération est injustifiable. Jamais, elle ne doit être pratiquée sans le consentement de la malade jouissant de toute sa raison, et émettant sa volonté, après qu'on l'aura mise parfaitement au courant de toutes les conséquences possibles de l'intervention.

L'excision des ovaires malades et de leurs annexes doit être nettement distinguée de l'oophorectomie, et, comme dans la plupart des cas de laparotomie, ne doit être pratiquée qu'après délibération avec des hommes dont l'autorité n'est pas discutée.

L'opération, dans les cas de nymphomanie et de maladies mentales, est, pour ne pas dire plus, *injustifiée* (1).

---

(1) S. Wells termine par des considérations générales, dans lesquelles il insiste sur le devoir supérieur qu'il y a à préserver de toute atteinte l'honorabilité médicale, léguée par les générations antérieures comme un dépôt sacré. Dans ce but, il faut que chaque praticien, dans sa sphère, s'efforce de se mettre à l'abri de toute suspicion. Car, le public est conduit à juger, en quelque sorte, *au pied levé*, la profession médicale, à l'apprécier d'après les exemples particuliers qu'il a sous les yeux, c'est le « *ab uno disce omnes* ». L'auteur s'élève enfin une deuxième fois, et de la manière la plus vigoureuse, contre les « châtreurs » à outrance.

R. L.

Le principe qui domine toute la thérapeutique est celui-ci :

Un médecin honnête, intelligent et prudent doit **toujours** *proportionner les dangers du remède, à la gravité de la maladie.*

Si la formule de Danton est applicable à la politique, il n'en est pas de plus désastreuse en médecine. Certains succès audacieux se paient par vingt revers.

Jamais de timidité, jamais de témérité. De la raison et de la prudence quand il s'agit de la vie humaine.

Prof^r^ PAJOT.

DU TRAITEMENT ÉLECTRIQUE EN GYNÉCOLOGIE (1)

(*Suite et fin*).

Par le Dr **Mally**.

Il nous reste à examiner un dernier point auquel les partisans de la méthode électrolytique semblent attacher une grande importance, et auquel on tend à attribuer une valeur de premier ordre dans le traitement des maladies infectieuses de l'appareil génital chez la femme, nous voulons parler de l'action antiseptique du courant.

L'examen de ces résultats va nous permettre de tirer les conclusions suivantes :

Le mécanisme de l'arrêt des hémorrhagies dans l'électrisation des fibromes utérins ne paraît pas dû à la production d'une entrave intra-utérine ni au rétrécissement cicatriciel du canal cervical. Les autres résultats thérapeutiques relatifs aux fibromes utérins par la méthode du courant galvanique, peuvent être obtenus plus simplement par le courant faradique, et sans aucun danger pour la malade.

Nous tenons avant de terminer à prévenir le lecteur que dans le présent et trop court article sur un sujet aussi complexe on ne doit pas voir un réquisitoire de parti pris contre l'emploi du courant galvanique aussi bien en gynécologie qu'en électrothérapie en général, ni une tendance à faire prévaloir une méthode qui nous est personnelle. Le praticien suffisamment versé dans les connaissances d'électrophysiologie peut faire un choix judicieux entre les différents modes d'électrisation que nous avons aujourd'hui à notre portée et qui peuvent s'augmenter avec les progrès de la science. Nous voudrions surtout attirer l'attention sur ce point que l'introduction des mesures électriques en thérapeutique est d'un emploi trop récent pour qu'elles puissent nous donner une indication utile au point de vue du traitement; il serait au moins prudent d'attendre que l'électro-

(1) Voir *Annales de Gynécologie*, novembre 1891, p. 370.

physiologie nous ait donné la relation suivant laquelle elles interviennent dans les réactions physiologiques. Enfin, dès maintenant, nous croyons pouvoir affirmer que la notion d'intensité ou de quantité qui suffit à déterminer les effets de l'électrolyse « in vitro » devient insuffisante lorsqu'on applique un courant continu dans un milieu organisé et vivant : 1° parce que les effets chimiques paraissent y jouer un rôle fort restreint ; 2° parce que ces effets chimiques s'accompagnent d'effets dynamiques et généraux pour lesquels la valeur de la force électromotrice en particulier et surtout les valeurs respectives de la force électromotrice et de l'intensité semblent avoir une importance capitale. Nous appuyons ces conclusions théoriques sur les récentes publications de M. Vigouroux (*loc. cit.* et Traitement de la neurasthénie par Levillain. Paris, éd. 1891) et sur les expériences que poursuit actuellement M. d'Arsonval au Collège de France (*Bulletin de la Soc. de physique*).

Il n'y a guère que dans le public médical que ces idées ont pu trouver un certain écho. La discussion des expériences relatives à cette question est résumée dans un article de la *Revue scientifique* (1), c'est cet article que nous nous contenterons de reproduire ici en le résumant :

« Les premières recherches y voyons-nous, sur l'action de l'électricité sur les microbes datent de 1875, Schiel. En 1879, Cohn et Mendelsohn observèrent qu'en faisant passer pendant 24 heures un courant fourni par 3 éléments Marié-Davy dans un tube en U, contenant une solution nutritive, les bactéries étaient tuées au voisinage des deux pôles, mais c'était le liquide lui-même qui paraissait être devenu stérile puisque de nouvelles cultures ne pouvaient s'y développer. En réalité au voisinage du pôle positif il était devenu fortement acide. On ne pouvait donc en tirer aucune conclusion relative à l'action directe de l'électricité sur les microbes.

« Les récentes expériences de MM. Apostoli et Lagenière

(1) N° 20, 15 nov. 1890, p. 636.

sont passibles des mêmes remarques et n'ont pas fait avancer la question.

« Pour échapper à ces causes d'erreur, MM. Prochownick « et Spæth ont opéré dans un vase ordinaire, en rapprochant « les électrodes : l'agitation produite dans le liquide par les « dégagements gazeux en mélangeaient ainsi facilement les « couches, recombinant facilement les éléments dissociés « par le courant, et produisant alors un état moyen et per- « sistant dont la durée n'a qu'une importance secondaire. « Mais les auteurs, en agissant par ce procédé sur le bacille « du foin, les microcoques du pus, et la bactéridie charbon- « neuse n'ont alors obtenu que des résultats insignifiants. « En somme, comme le fait remarquer M. Duclaux, dans « toutes ces expériences, si quelque action sensible a été « constatée, il faut la rapporter à une action chimique, et « jusqu'ici personne n'a encore pu mettre en évidence une « action physique directe, de l'électricité sur les microbes.

Il est inutile, croyons-nous, d'insister davantage et de montrer combien peu on est fondé d'attribuer une action antiseptique spéciale au courant constant et que là non plus nous ne saurions y voir une indication spéciale d'intensité. Cependant si un doute pouvait encore subsister il suffirait de rappeler ici que l'eschare produite s'élimine comme toute eschare par suppuration ainsi qu'en fait foi le passage suivant emprunté à un ouvrage récent : « Un écoulement *séro-purulent* apparaîtra les jours suivants. C'est un effet plus lointain de la cautérisation, il est nécessaire que l'eschare s'élimine ». Et plus loin : « On pourrait même faire des injections intra-utérines si la moindre odeur persistait ».

Nous n'aborderons pas ici l'examen détaillé des résultats thérapeutiques que les nombreux adeptes de cette méthode ont obtenus tant en France qu'à l'étranger. Cette discussion a été faite maintes fois et a été présentée sous des points de vue assez variés pour que nous puissions nous dispenser d'y prendre part, nous renvoyons pour cela le lecteur aux différents auteurs mentionnés dans l'article de Osterloch (1).

(1) *Schmidt's Jahrbuchr.*, 1891, n° 2, p. 93.

Nous ne voulons insister ici que sur un seul point du débat :

La méthode du courant continu peut-elle être dangereuse? Pour nous, la réponse ne saurait être douteuse. Nous ne croyons pas, en effet, qu'un traumatisme violent, et pour préciser un traumatisme qui oblige la femme à garder un repos absolu, de durée variable, qui s'accompagne fréquemment d'une élévation thermique, le soir même (on a noté du péritonisme au début), qui expose les cardiaques à une syncope immédiate ; nous ne pensons pas, disons-nous, qu'un semblable traumatisme, au contact d'un tissu infecté ou au voisinage d'une lésion d'origine septique, soit une chose négligeable. Sans vouloir ici agiter le spectre des victimes de l'électrolyse, nous pouvons dire que la littérature médicale fourmille d'exemples où l'intolérance des malades pour ce genre de thérapeutique a été un obstacle à la continuation du traitement.

Dixon Jones entre autres (1) reproche amèrement à l'électrolyse de déprimer et d'infecter des malades qui, de ce fait même, voient leurs chances de guérison diminuer d'autant lorsqu'on est obligé d'avoir recours à l'hystérectomie. A ce propos, il s'élève avec force contre cette tendance des électrothérapeutes à démontrer que leur méthode est inoffensive et que pour la pratiquer il n'est pas nécessaire d'approfondir les mystères de l'électricité. « Je voudrais cependant, dit-il à peu près textuellement, que celui qui se mêle d'enfoncer des aiguilles à plusieurs pouces de profondeur à travers la cavité abdominale ait une teinture suffisante de quelque chose ».

Nöggerath (2) nous communique quatre observations personnelles dans lesquelles chez trois des malades, on fut obligé d'interrompre le traitement par suite d'aggravation des symptômes. Dans sa pratique particulière, une dame Von H..., fut obligée « de cesser le traitement après 5 séances de « 50 milliampères, à cause de l'état de prostration toujours

(1) *New York med. Journ.*, 25 août et 1er septembre 1888.

(2) *Centralblatt für Gynæcologie*, 1890, n° 27.

« croissant où la mettait chaque application électrique ».

Chez une autre de ses clientes, M. K... : « J'ai appliqué, « dit-il, pendant 5 minutes, un courant de 50 milliampères « pôle négatif dans l'utérus. Après la séance, la malade ne « put se lever, elle avait une impotence fonctionnelle presque « absolue de ses jambes, et cet état dura dix minutes, mais « on peut penser à l'effet de l'application de 175 milliampères « chez cette malade ».

(Chiffre recommandé par Saulman.)

Pour terminer ce trop rapide examen qui ne rentre du reste qu'incidemment dans le cadre que nous nous sommes tracé, et pour qu'on ne nous accuse pas de ne voir que les inconvénients de la méthode, disons avec la grande majorité de ceux qui l'ont expérimentée que très souvent on obtient une amélioration considérable et que la cure symptomatique des fibromes (disparition des hémorrhagies, des douleurs, diminution du volume de la tumeur, amélioration de l'état général), n'est pas une utopie ni l'expression d'un optimisme exagéré, ce que nous voudrions prouver clairement, c'est que ces résultats n'ont très probablement aucune relation avec le phénomène de l'électrolyse, et que le traitement électrique des fibromes utérins qui nous paraît donner de meilleurs résultats que tous les traitements médicaux préconisés jusqu'à ce jour, peut être effectué méthodiquement sans électrolyse, sans eschare, sans aucun danger pour la malade.

Le *traitement* des fibromes utérins par le courant faradique ne paraît pas avoir été jusqu'à ces derniers temps tenté d'une manière méthodique c'est-à-dire expérimenté en série. Tripier d'abord et Apostoli ensuite pour ne citer que ces deux noms ont appliqué fréquemment ce mode d'électrisation à plusieurs affections utérines. Quelques mots sur la production du courant faradique vont nous servir à légitimer l'emploi exclusif que nous faisons de ce genre d'électricité.

Les appareils d'induction médicaux sont des modifications

de la bobine de Ruhmkorff. Prenons par exemple le chariot de Dubois-Reymond. Il se compose de deux circuits, le premier représenté par une pile contenant dans son circuit un électro-aimant, ou circuit inducteur, le second une bobine mobile se déplaçant dans le voisinage du premier, ou circuit induit. Le premier représente un champ électro-magnétique d'une valeur constante pour une intensité donnée du courant inducteur et pour un noyau de fer doux donné. Chaque variation du champ va induire dans le circuit voisin une quantité d'électricité. Pratiquement on réalise la variation maximum qui consiste à interrompre et à rétablir le courant inducteur. Chaque fois que le courant inducteur varie de zéro à l'intensité normale il se reproduit dans le circuit secondaire une certaine quantité d'électricité ou un courant électrique, cette variation qu'on appelle état variable étant très brusque, le courant induit est lui-même très court, son intensité part de zéro, passe par un maximum et revient à zéro, la quantité totale d'électricité est représentée par la somme des intensités considérées chacune pendant un temps très court *dit* de la décharge. Une fois que le courant inducteur a atteint sa valeur normale toute induction cesse. Pour avoir un second courant on fait varier le courant inducteur de sa valeur normale à zéro, autrement dit on l'interrompt. Cette nouvelle variation va nous donner un second courant semblable au premier et de sens contraire. Par rapport au courant inducteur le premier courant induit est de sens contraire ou inverse, le second de même sens ou direct. La quantité d'électricité produite est la même dans les deux cas; mais comme la durée de la rupture du courant est généralement plus courte que la durée de la fermeture (indépendamment du mode d'interruption), il en résulte que le courant direct est plus court que le courant inverse, la somme des intensités étant égale dans les deux cas, les valeurs de l'intensité et par suite le potentiel sera plus élevé dans le courant direct que dans le courant inverse. Les bobines à fil fin des appareils médicaux donnent facilement des étincelles de 1 millim.

ce qui correspond environ à une différence de potentiel de 1000 volts. En somme le fonctionnement de cet appareil est celui d'un transformateur dans lequel un courant continu de grande intensité et de force électromotrice faible est transformé en un courant d'intensité très faible sous un potentiel considérable. Des bobines formées de fil plus ou moins gros permettent d'obtenir des transformations différentes dans lesquelles les valeurs relatives du potentiel et de l'intensité varient l'une par rapport à l'autre dans chaque décharge.

Ceci posé. Il est facile de voir :

1° Que l'action clinique résultant de l'application plus ou moins prolongée de ce genre de courant sera absolument nulle, du moins en ce qui concerne l'accumulation des produits électrolitiques aux électrodes ; d'une part à cause de la quantité très faible d'électricité mise en jeu, d'autre part à cause du changement de sens fréquent du courant, (en général plus de 50 fois par seconde).

2° Les variations brusques d'intensité sont de nature à mettre en jeu la contractilité de la fibre musculaire et l'excitation des nerfs sensitifs. Ces résultats ont du reste été consacrés depuis longtemps par l'expérimentation et la pratique.

Cela nous paraît suffisant pour justifier le choix que nous avons fait de ce mode d'électrisation et surtout pour montrer la différence capitale qui existe au point de vue physique entre le courant faradique et le courant galvanique. Il existe d'autres propriétés physiologiques tant au point de vue local qu'au point de vue général qui sont suffisamment démontrées pour servir de base à des indications variables dans le mode d'application du courant ; nous renvoyons le lecteur à l'excellente publication qu'en a faite M. Vigouroux dans le *Progrès médical* (1) à ce sujet. Nous voudrions simplement fixer l'attention sur les résultats qui ont été obtenus à l'aide de cette méthode. Notre pratique particulière se compose

(1) N° du 17 octobre 1891.

d'une trentaine de malades qui se sont présentés à la consultation de l'hôpital Bichat et que avons traitées à l'hôpital même. Les 7 premières observations en date ont été publiées ici même, avec le concours de notre ami M. Raymond, interne du service, nous avons l'intention d'en publier prochainement une série plus importante. Le début de notre pratique remonte à un peu plus d'une année. Malgré l'insuffisance de ces chiffres et leur importance minime en tant que statistique, nous n'hésiterons pas à parler des résultats que nous avons obtenus parce que ces faits nous paraissent avoir une certaine signification dans le présent débat :

Nous avons vu constamment les hémorrhagies utérines être très nettement influencées dès la 2e ou 3e séance d'électrisation, et cela d'autant plus nettement que le symptôme était plus prononcé, c'est-à-dire que chez les femmes présentant des métrorrhagies continuelles, au point de ne plus reconnaître la période des menstrues, nous avons toujours constaté l'arrêt des hémorrhagies et le rétablissement régulier des règles ; chez celles qui souffraient de pertes plus ou moins abondantes soit au moment de leurs règles soit dans le courant de la période intermenstruelle nous avons toujours noté une amélioration très nette mais, on le conçoit, le phénomène était forcément moins frappant que dans le premier cas.

Les douleurs de toutes sortes dont s'accompagne souvent ce genre d'affection, douleurs expulsives, irradiations dans les reins, sentiment de pesanteur, de fatigue, etc. ont été également influencées.

Nous avons observé aussi dans certains cas une diminution très appréciable dans le volume de la tumeur, c'est le résultat qui nous a paru le moins constant et qui sera l'objet de considérations particulières accompagnant les observations, nous nous contentons pour le moment de noter le fait.

L'état général des malades a toujours suivi une amélioration parallèle à celle des symptômes.

Enfin, nous avons pu assister plusieurs fois à la cure

symptomatique d'un fibrome utérin par l'électricité. (Voir *Annales de gynégologie et d'obstétrique*, mai 1891, obs. III, IV, V et VI.)

Jamais nous n'avons observé le plus léger accident du fait de l'application de l'électricité ; jamais le traitement n'a été mal supporté.

Nous joindrons à l'appui de cette méthode la relation de 24 cas de fibromes utérins traités avec succès par la faradisation à St-Pétersbourg. (*Annales de gynécologie russes*, février 1891.)

REVUE CLINIQUE

Taille hypogastrique pour un calcul à centre formé par un fil d'argent. Du drainage vésical après la taille.

Par **Henri Hartmann.**

La malade qui fait l'objet de cette note, âgée de 25 ans, était en 1887 traitée dans les Pyrénées pour des lésions tuberculeuses pulmonaires peu avancées lorsqu'elle devint enceinte. En décembre 1887, après des applications répétées de forceps, des incisions sur le col, un médecin de Pau parvint à extraire un enfant mort. Dès le lendemain, la malade constata qu'elle perdait ses urines.

De retour à Paris en mai 1888, elle fut opérée une première fois de sa fistule par le Dr X... en août; puis l'opération ayant échoué, une deuxième fois en octobre de la même année. Cette deuxième opération ayant été suivie d'une hémorrhagie abondante et les urines continuant à couler involontairement, elle abandonna le Dr X... et consulta le Dr Y... qui l'opéra une première fois en décembre 1888; c'est à partir de cette opération que les urines devinrent purulentes; le même Dr Y... la réopéra une deuxième fois en mars 1889; une troisième en juin; une quatrième en octobre et enfin une cinquième en mai 1890. Après ces 7 opérations la malade continuait à perdre ses urines, mais de plus, à partir du mois de

septembre 1890 elle commença à éprouver des douleurs de plus en plus violentes.

Désespérée, elle s'adressa à un médecin homœopathe qui, après avoir administré pendant plusieurs mois force granules, la dirigea sur un de ses confrères, le Dr Z... expert en électrolyse. Ce dernier fit en mars et en avril 1891 deux traitements électrolytiques de la fistule.

Ces 9 opérations n'avaient amené aucun résultat; la malade s'était progressivement affaiblie, ne mangeait plus, ne dormait pas lorsqu'elle consulta en fin juillet 1891 notre maître, M. Duplay. Celui-ci constata immédiatement l'existence d'un calcul, mais en présence de l'état général médiocre de la malade, il conseilla le repos, des toniques, etc., pour la remonter un peu et ajourna l'opération au mois de septembre suivant. Malheureusement les douleurs s'accrurent encore, devinrent excessives et le 18 août dernier nous étions appelé auprès de cette malade par notre collègue et ami le Dr Budor. Nous constatons alors les symptômes suivants :

La moindre pression de la vessie soit par le palper hypogastrique, soit par le toucher vaginal est horriblement douloureuse. L'explorateur à boule, dès qu'il a franchi le col, heurte un calcul. Les urines sont pâles, troubles et laissent un dépôt floconneux. Un examen du vagin, fait aussi rapidement que possible, à cause des douleurs qu'il provoque, nous montre que du lait injecté dans la vessie ressort immédiatement au niveau de la partie latérale gauche du col, agrandie en forme de fente ulcéreuse de ce côté. Le reste du vagin est souple.

La malade, bien que perdant la totalité de ses urines le jour, a constamment envie d'uriner. La nuit elle n'urine pas et se mouille peu.

Les reins ne sont ni douloureux, ni augmentés de volume, la langue n'est ni rouge, ni sèche.

Signes de tuberculose (submatité et craquements) au sommet droit.

L'analyse des urines que l'on peut recueillir, faite par M. Courcenet, donne les résultats suivants :

De réaction légèrement acide, ces urines ont une couleur jaune pâle, un aspect louche ; leur densité est de 1022. Au fond du bocal se trouve un dépôt floconneux blanchâtre.

36 gr. 50 de matériaux fixes par litre, dont 7 gr. 60 de résidu

minéral et 29 gr. d'éléments organiques. Urée, 11 gr. 50 par litre. Acide urique en très faible quantité. Acide phosphorique, 2 gr. 75 par litre. chlorure, 6 gr. 50.

Ces urines ne contiennent pas de sucre mais renferment 0 gr. 28 d'albumine par litre. On y trouve des traces marquées de mucine.

L'examen microscopique montre quelques cellules épithéliales, quelques cristaux de phosphates et des leucocytes abondants. La présence de ceux-ci suffit pour expliquer la dose relativement faible d'albumine en dissolution dans le liquide.

Dans ces conditions, nous proposons de faire l'opération en deux temps : 1° enlever le calcul ; 2° une fois la malade reposée, les douleurs devant disparaître avec le calcul, fermer la fistule.

Le 20 août 1891, avec l'aide de nos amis Lieffering et Guillemain, nous enlevions le calcul par la *taille hypogastrique*. La vessie ayant été lavée avec une solution de nitrate d'argent à 1/1000, nous plaçons par l'urèthre une pince courbe dans la vessie. Puis, incisant les parties molles sur la ligne médiane immédiatement au-dessus du pubis, nous pénétrons dans l'interstice des muscles droits, et, refoulant en haut, avec l'ongle, graisse et péritoine, nous découvrons la vessie, très facilement reconnaissable. Faisant alors saillir un peu dans la plaie l'extrémité de la pince et en faisant légèrement écarter les mors nous soulevons la paroi antérieure de la vessie dont une petite portion se trouve tendue par l'écartement des mors de cette pince. Nous ponctionnons la vessie en cet endroit, puis attirant les deux lèvres de l'ouverture ainsi faite avec des pinces de Kocher qui la fixent, nous agrandissons l'incision d'un coup de ciseaux. Avec le doigt nous amenons alors le calcul dans la plaie et l'enlevons.

La muqueuse vésicale est rouge et granuleuse dans toute son étendue ; à gauche du trigone se trouve une dépression profonde, infundibuliforme.

Nous plaçons sur toute la partie supérieure de notre incision vésicale une série de points de suture en capiton à la soie, ne laissant ouverte que la partie la plus inférieure de l'incision. Suture des couches musculo-aponévrotiques par une série de points de soie en capiton. Suture de la peau par des points séparés en crin de Florence.

Un tube de caoutchouc, percé de trous exclusivement dans sa portion intra-vésicale et dans l'origine de l'urèthre est passé de la

plaie hypogastrique dans l'urèthre. Son extrémité hypogastrique est fixée par une épinlge de nourrice que soutient un tampon iodoformé plat. Son autre extrémité plonge dans un urinal d'homme contenant une solution boriquée et placé entre les jambes de la malade.

Gaze iodoformée, ouate, ceinture de flanelle.

Le *calcul*, de forme elliptique, à surface rugueuse, pèse, une fois desséché, 23 gr. A la coupe il est constitué par un noyau inégal où l'on reconnaît très nettement un fragment de fil d'argent; sa périphérie est formée de strates concentriques (fig. 1).

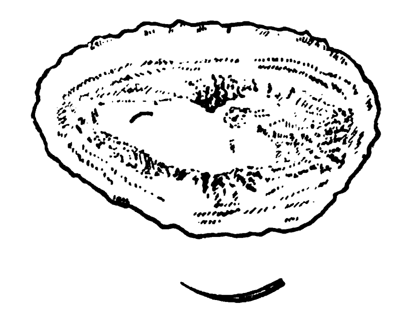


FIG. 1 et 2.

Au point de vue chimique, il contient principalement des phosphates; on y trouve des traces notables de carbonates; des urates alcalins semblent entrer pour un tiers dans sa composition.

Il s'agit évidemment d'un calcul formé autour de la portion convexe, saillante dans la vessie, d'une anse de fil d'argent dont les deux bouts ont été coupés à la fois au-dessus du nœud vaginal.

20 août soir, 37°,4. Nous soulevons la partie inférieure du pansement pour faire une injection dans le tube. *Malgré l'existence de la fistule le tube a collecté la totalité des urines* et la malade n'est pas mouillée; la température reste *constamment normale* et la guérison se fait sans incident, sans qu'à aucun moment il sorte une goutte d'urine, soit par la fistule vaginale, soit par la plaie hypogastrique.

Le 25 août nous enlevons le drain; les urines repassent immédiatement par la fistule.

Le 5 septembre la plaie est entièrement cicatrisée.

Le 10 septembre la malade se lève, ne souffrant absolument plus et ayant déjà notablement repris depuis l'intervention.

Le 17 octobre, notre maître M. Duplay examine avec nous la fistule. La malade est placée dans la position dorso-sacrée ; une valve de Sims abaisse la commissure postérieure de la vulve. Une sonde molle est placée dans l'urèthre et sert à injecter du lait dans la vessie. On constate : 1° qu'il existe à gauche de l'urèthre dans le sillon qui sépare la colonne antérieure du vagin de la paroi latérale un petit orifice fistuleux ; 2° que le lait injecté apparaît dans une fente ulcéreuse du col, en partie effacé, à sa jonction avec la paroi latérale gauche du vagin. Cependant l'exploration au stylet ne permet pas de trouver de trajet fistuleux en ce point et le seul orifice où l'on pénètre est celui de la cavité utérine, qui a ses dimensions normales.

Une exploration attentive montre que le lait injecté dans la vessie sort par la fistule juxta-uréthrale et file par une petite rigole jusqu'au fond du vagin. Cette fistule antérieure étant alors obturée par la pression du doigt, on constate que le lait injecté dans la vessie ne ressort plus, qu'il n'y a en somme qu'une fistule, la fistule antérieure.

Celle-ci est étroite, courte et pénètre suivant un trajet oblique immédiatement en arrière du col vésical heurtant en ce point une sonde métallique passée par l'urèthre. Il est probable que ce n'est que le reste d'une ancienne déchirure imparfaitement restaurée.

Le 26 octobre, la malade est anesthésiée par M. Cazin; M. Duplay *ferme la fistule* avec notre aide. Après avoir fait à son niveau une incision transversale, il dissèque le trajet fistuleux jusqu'à mettre largement à nu la sonde introduite dans l'urèthre. Au cours de cette dissection, le bistouri heurte un corps dur, noirâtre, ayant une résistance métallique. C'est une pointe d'aiguille (voir fig. 2) placée en travers de la fistule. On l'enlève puis, l'excision du trajet fistuleux étant terminée, la plaie est réunie par 4 fils d'argent. Grâce à la direction transversale de l'incision faite et à la dissection du trajet entre 2 plans formés l'un supérieur par la paroi externe de l'urèthre, l'autre inférieur par la paroi vaginale, la suture se trouve affronter non pas les bords d'un trajet mais deux larges surfaces cruentées se trouvant déjà nor-

malement en rapport. Tout fait donc espérer une guérison complète et rapide.

Pansement iodoformé. Sonde de Sims à demeure : cette sonde est fixée aux poils de la partie antérieure de la vulve de manière à ne pas se déplacer et à ne pas peser sur la suture.

Le 2 novembre, ablation de 3 fils; comme on ne voit pas bien le quatrième, on remet son ablation à une époque ultérieure, afin de ne pas exercer, pendant cette recherche, des tiraillements sur les parties déjà réunies.

Le 5. Ablation du quatrième et dernier fil.

Le 8. Suppression de la sonde à demeure.

La malade urine pendant les premières heures toutes les 10 à 15 minutes; mais, dès la nuit suivante, les mictions s'espacent de 2 heures.

Le 10. Il faut même réveiller la malade pour la faire uriner toutes les 4 heures, afin d'éviter une trop grande distension vésicale.

Le 15. La malade quitte la maison de santé complètement guérie. La cicatrice de la taille, linéaire, mesure 6 centim.

RÉFLEXIONS. — En dehors du fait, tout au moins rare de la *formation d'un calcul autour d'un fil d'argent*, nous noterons, à propos de ce cas, quelques points de technique opératoire.

Habitué à voir employer, par notre maître M. Guyon, la voie hypogastrique avec des succès constants, nous n'avons pas hésité à y recourir de préférence à la voie vaginale, en apparence plus rapide, par crainte de créer dans ce vagin, déjà si malmené, une nouvelle fistule. L'impossibilité de distendre la vessie ne devait pas nous arrêter. Rien n'est plus facile que de faire une taille sus-pubienne même *en l'absence de ballonnement rectal et de distension vésicale* (1).

(1) Qu'on ne prenne pas ces mots pour une négation de l'utilité du ballonnement rectal et de la distension vésicale. Élève du professeur Guyon, nous savons trop bien quelles facilités on tire de leur emploi. Tout ce que nous disons n'a trait qu'à la femme chez laquelle la distension vésicale, pour peu que la vessie ne soit pas très tolérante, et l'emploi du ballon ne sont pas aussi simples que chez l'homme.

En se portant immédiatement derrière le pubis, on atteint et l'on reconnaît sans la moindre difficulté la vessie, surtout si on la maintient soulevée à l'aide d'une pince courbe, qu'on a introduite par l'urèthre et dont on a fait légèrement écarter les mors.

Nous mentionnerons aussi ce fait que le drainage a été assuré par un simple tube passé de l'hypogastre dans l'urèthre, perforé dans sa portion intra-vésicale, maintenu par une épingle de nourrice au niveau de son extrémité hypogastrique et plongé par l'autre dans un urinal, situé entre les jambes de la malade.

Ce *drainage pubio-uréthral* très simple a suffi dans ce cas, comme dans trois autres où nous l'avons employé, à assurer d'une manière parfaite l'écoulement de l'urine. Bien plus, il a, dans l'espèce, suffi à dériver d'une manière complète les urines de la fistule et la malade n'a pas été mouillée une seule fois pendant tout le temps qu'elle a porté le tube à demeure.

Ce mode de drainage n'est, du reste pas nouveau. Il a été employé et préconisé dès 1886 par M. Demons (1) (de Bordeaux) puis par M. A. Poncet (2) (de Lyon). Nous l'avons vu utiliser pour la première fois par notre maître M. Terrier dans un cas où nous manquions de tube-siphon. L'heureux résultat obtenu nous a engagé à y recourir de nouveau et dans trois autres cas nous nous en sommes très bien trouvé.

Notre manière de procéder n'est pas absolument identique à celle de M. Demons. Au lieu de placer, comme lui, à demeure une anse complète embrassant le pubis et se terminant par ses deux extrémités dans l'urinal, nous n'avons fait saillir à travers la plaie hypogastrique qu'une très petite portion de tube, juste ce qu'il fallait pour le maintenir et l'empêcher de tomber dans la vessie à l'aide d'une épingle. Nous pouvions ainsi fermer complètement notre pansement du côté de l'hypo-

(1) *Acad. de médecine*, 25 mai 1886, in *Semaine médicale*, 1886, p. 220.

(2) 2e *Congrès français de chirurgie*. Paris (1886), 1887, p. 479.

gastre, sans le perforer par le drain. L'écoulement des urines, se faisant en totalité par le bout uréthral, il est inutile de conserver une voie d'écoulement supérieure. Aussi, chez la femme dont l'urèthre est court et rectiligne, ce mode de drainage nous semble-t-il excellent. Très simple, assurant l'écoulement des urines et permettant de suturer presque complètement la plaie vésicale, il répond aux indications qu'il doit remplir. Nous ne savons si, chez l'homme, dont l'urèthre est inflexe, il fonctionnerait toujours avec la même régularité. Les faits de Demons et de A. Poncet tendraient à le prouver.

De nouvelles observations seraient toutefois nécessaires pour trancher la question, car pour peu qu'il y ait le moindre suintement par le bout supérieur, on devra mettre ce mode de drainage de côté, l'emploi des tubes, tels que ceux auxquels a recours notre maître M. Guyon, donnant toujours des résultats excellents.

Dans tous les cas, les quelques points, que nous avons relevés, montrent que, même dans un milieu dépourvu de tous les appareils qui ont contribué dans une si large mesure à vulgariser la taille hypogastrique en la rendant plus pratique, il est possible de faire et de mener à bien sans la moindre difficulté et avec les seuls instruments de la chirurgie courante des cystotomies sus-pubiennes.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

(*Novembre* 1891.)

Hystérectomie vaginale pour suppurations pelviennes (1).

M. Quénu. — En dehors de M. Terrillon, presque tous les orateurs qui ont pris la parole dans la dernière séance se sont occupés

(1) Voir pour le début de la discussion, *Annales de gynécologie*, novembre 1891, p. 389.

de la question au point de vue théorique. Je veux rester sur le terrain des faits et j'apporte 11 faits personnels que l'on peut classer en deux groupes : 1° salpingites suppurées; 2° salpingites kystiques ou catarrhales. — J'ai opéré par l'hystérectomie vaginale 6 salpingites suppurées : 2 étaient ouvertes déjà dans le rectum; 2 dans le vagin; 2 formaient des poches fermées contenant une grande quantité de pus. Ces 6 malades ont guéri; mais chez l'une il y a une fistule vaginale, très peu importante, il est vrai, qui persiste. — J'ai, en outre, opéré par le même procédé 5 salpingites catarrhales avec périovarite. J'ai eu dans cette série une mort, mais elle est due à une faute opératoire, rentrant dans ce qu'on pourrait appeler, à l'instar des astronomes, l'erreur personnelle. J'ai ouvert la vessie en décollant l'utérus. Il s'agissait d'ailleurs dans ce cas de lésions anciennes. Quelque temps après l'opération, je m'aperçus que l'urine était sanguinolente, j'examinai la malade et recherchai la lésion vésicale. Je ne trouvai rien. La perforation vésicale ne fut dépistée qu'à l'autopsie. Dans un autre cas, qui a guéri, les douleurs n'ont pas disparu tout à fait après l'opération; mais aujourd'hui cette personne semble radicalement guérie. En somme, sur 11 cas, j'ai eu une mort et 10 résultats opératoires heureux. Sur ces 10 guérisons, il n'y en a guère qu'une seule qui peut être considérée comme imcomplète (fistule vaginale). Encore la production de cette fistule me semble-t-elle indépendante du procédé employé. Les résultats secondaires, c'est-à-dire éloignés, me paraissent bons autant que je puis en juger, étant donnée l'époque à laquelle remontent ces interventions. J'ai opéré mes deux premières malades par le procédé classique, celui de Péan, c'est-à-dire en recourant au morcellement. Depuis, j'ai procédé différemment suivant les cas : 1° quand l'utérus est immobilisé, enclavé, j'ai encore eu recours au morcellement; 2° mais quand cet organe était abaissable, je l'ai sectionné d'abord en deux valves latérales, la section étant antéro-postérieure et allant d'un bout à l'autre de l'utérus. De la sorte, on a besoin de moins de pinces et l'on peut crever plus facilement les poches purulentes. Dans certains cas, au lieu de placer des pinces sur l'extrémité inférieure des ligaments larges, j'ai appliqué des ligatures à la soie. Il ne faut pas abuser des injections intravaginales au cours de l'opération. Quand il existe un diaphragme supérieur pseudo-membraneux limitant en bas le petit bassin et séparant

les organes génitaux de la grande cavité abdominale, on peut y avoir recours sans danger. Il n'en est plus ainsi quand on a ouvert le péritoine : il vaut mieux essuyer sur place. Dans 6 cas, je n'ai pas ouvert la séreuse (5 cas de salpingites suppurées, 1 cas de salpingite catarrhale).

En ce qui concerne les indications de l'opération de Péan, voici mon avis : On peut opérer par la voie abdominale, quoi qu'en ait dit M. Delbet, les salpingites suppurées ouvertes dans les cavités voisines (rectum et vessie). M. Terrier et moi et bien d'autres l'avons fait. Mais ce sont là des opérations graves, déterminant parfois la production de fistules hypogastriques persistantes, quand il n'y a pas mort opératoire. Par conséquent l'hystérectomie vaginale est préférable dans ces cas. Pour les salpingites suppurées non ouvertes dans les cavités voisines, il faut faire des distinctions. Les unes sont facilement énucléables, sont à peine adhérentes ; celles-là doivent être enlevées par la laparotomie. Les autres sont enclavées dans le petit bassin, sont d'une immobilité absolue, soudées aux parties voisines par des adhérences anciennes et solides : celles-là doivent être traitées par la voie vaginale. On n'ouvre pas alors la cavité péritonéale et en extrayant l'utérus du bassin on ne fait qu'une large ouverture d'abcès. En ce qui concerne les salpingites catarrhales, les ovaires scléro-kystiques, l'opération vaginale est plus grave que la laparotomie, à cause de deux dangers (difficulté de l'hémostàse par le vagin, adhérences de l'utérus à la vessie, surtout quand il y a cystocèle). Il existe en outre une forme bizarre de salpingite, dite sèche, accompagnée de loges kystiques, dans lesquelles à la laparotomie il est impossible de retrouver les annexes pour les enlever ; dans ces cas tout spéciaux, l'hystérectomie vaginale est préférable. Enfin il est probable que l'opération de Péan pourra encore être utilisée dans certaines variétés de péritonites tuberculeuses, ayant débuté par une tuberculose des trompes.

M. Terrier s'est ingénié depuis la communication de M. Segond à chercher des malades pour lesquelles l'opération de Péan fût indiquée. On sait que pour lui l'hystérectomie vaginale n'est de mise que dans les cas de vieilles salpingo-ovarites suppurées adhérentes, ouvertes ou non dans le rectum ou le vagin. Or il n'en a trouvé que deux : ce qui montre bien que ces formes cliniques de salpingite sont rares. 1re obs. Femme de 45 ans, malade depuis

12 à 15 ans, ayant eu des abcès d'origine salpingitique de tous les côtés, morphinomane, albuminurique, etc. Il lui fit l'hystérectomie vaginale, opération qu'il trouva fort difficile, surtout en ce qui concerne l'hémostase. Il ouvrit la grande cavité péritonéale. Mort en 48 heures d'accidents septiques. — 2e obs. Femme atteinte de pelvi-péritonite, avec adhérences intestinales, fièvre, suppuration péri-utérine datant de plusieurs années. Opération facile malgré un léger prolapsus de la vessie. 4 pinces. Poches purulentes en arrière de l'utérus. Guérison. — En somme l'hystérectomie vaginale dans les cas de suppurations pelviennes doit être une opération d'exception et non pas une opération de choix.

M. Segond. — Le nombre croissant d'hystérectomies vaginales faites pour salpingite montre la valeur de cette opération dans cette affection et cela très suffisamment ; il est inutile d'insister davantage sur ce point. En ce qui concerne les indications, son avis est formel : dans tous les cas où il y a bilatéralité des lésions, quelle que soit la variété de salpingite qui soit en cause, il préfère la voie vaginale à la laparotomie et il ne croit pas que le diagnostic de cette bilatéralité soit impossible à faire dans la très grande majorité des cas. Mais avant de prolonger cette discussion il veut attendre, afin de voir quels résultats vont donner ses observations. Si elles montrent — ce dont il est dès aujourd'hui convaincu — que le pronostic opératoire n'est pas plus grave pour l'opération de Péan que pour la laparotomie et que les résultats éloignés sont supérieurs à ceux de cette dernière opération, il faudra bien que l'on convienne que la voie vaginale est préférable. Jusqu'à présent il a fait 64 hystérectomies et il n'a eu que 8 morts. Il n'y a pas eu un décès dans les cas simples. Il n'a pas varié d'opinion sur le manuel opératoire à préférer. Il faut toujours voir ce que l'on fait et assurer l'hémostase avant d'avancer. On ne doit marcher que la pince à la main. Dans les cas de pelvi-péritonite les femmes saignent très peu et on peut se contenter de quelques pinces. Cela tient aux lésions existantes et non pas au manuel opératoire. On profite d'un état anatomique donné, du terrain où l'on travaille. Mais quand on opère comme il faut, ça ne saigne qu'au début, au moment de l'incision du vagin. La modification proposée par M. Quénu (section antéro-postérieure) est très hémostatique, mais elle ne peut être employée que dans les cas d'utérus abaissable. M. Segond a observé quelques complications

post-opératoires. Une fois, au 15e jour, il s'est produit une collection purulente nouvelle qui s'est ouverte d'elle-même dans le vagin et a guéri spontanément. Dans un autre cas, il a assisté à la formation d'un hématome suppuré et cependant les annexes n'étaient pas suppurées.

M. Peyrot n'a trouvé que 2 malades chez lesquelles l'opération fût indiquée. Chez la première les accidents, déjà anciens, d'origine puerpérale, étaient intenses, avec fièvre; le bassin était rempli de grosses masses inflammatoires. L'hystérectomie vaginale guérit bien, avec toutefois une hémorrhagie au 10e jour, bien arrêtée par les injections chaudes. La seconde malade, nullipare de 30 ans, souffrait depuis 3 ans d'abcès multiples, avec fistules rectale et vaginale; chez elle M. Richelot avait dû s'arrêter au milieu de la laparotomie; l'hystérectomie vaginale procura un prompt succès. Mais chez ces deux malades il persiste, quoique l'état général soit fort bon, un empâtement douloureux au fond du vagin : c'est là un point sur lequel M. Peyrot insiste spécialement, de façon que d'autres opérateurs surveillent leurs malades à cet égard, disent si de nouvelles interventions sont nécessaires. Ce serait là, en effet, une objection sérieuse. D'ailleurs M. Peyrot croit que cette opération doit être réservée aux cas, exceptionnels, où la laparotomie est impossible; dans son service les 23 salpingites opérées cette année, dont les deux tiers pour lésions suppurées, dont quelques-unes très complexes, ont pu être menées à bout et n'ont donné qu'un décès, par perforation du rectum au 4e jour.

M. Reynier est également partisan de la laparotomie et n'éprouve pas le besoin de recourir à quelque chose de nouveau. Sur 72 laparotomies pour lésions des annexes, il n'a eu que 2 décès : 1 en quelques heures par choc aggravé par un rétrécissement mitral; 1 de péritonite septique, dans un cas où il y avait fistule rectale. C'est dans les cas de ce genre que la laparotomie est dangereuse et que l'hystérectomie est de mise, et chez une femme atteinte aussi de fistule rectale M. Reynier a eu en juin dernier un succès complet par l'hystérectomie. Mais, par contre chez, une malade atteinte de salpingite double adhérente dans le cul-de-sac postérieur et morte d'hémorrhagie, une pince placée sur le ligament large ayant dérapé, M. Reynier se repent de n'avoir pas eu recours à la laparotomie, car l'autopsie a prouvé que les adhérences eussent pu être aisément détachées. Dans les cas où l'utérus est

difficilement abaissable, l'hémorrhagie est à craindre. L'hystérectomie vaginale expose en outre à d'autres accidents, par exemple au pincement des uretères.

M. Quénu croit qu'il faut distinguer entre les cas au point de vue de l'hémorrhagie. Les vieilles salpingites à parois épaisses sont entourées de sclérose et saignent peu; dans celles, au contraire, où il y a des fausses membranes abondantes, avec poussées aiguës récentes, les ligaments larges saignent beaucoup. Le danger de pincer l'uretère existe dans les hystérectomies pour cancer, où l'on s'éloigne le plus possible de l'utérus, mais non ici où l'on doit raser l'utérus. M. Quénu a pu faire l'opération de Péan sur le cadavre et a constaté que les pinces étaient à 1 cent. 1/2 et 2 cent. de l'uretère.

M. Segond a vu aussi l'hémorrhagie varier beaucoup : moins l'utérus s'abaisse et moins elle est abondante. Il répond à M. Peyrot par l'histoire d'une malade que la castration par laparotomie n'avait pas améliorée, que l'hystérectomie vaginale a laissée en possession d'exsudat pelvien : mais peu à peu on vit le petit bassin s'assouplir; sur aucune de ses malades, il n'y a eu de poussée suppurée secondaire. M. Segond répond enfin à M. Reynier qu'il a voulu faire du meilleur et non du nouveau; M. Reynier n'admet pas la discussion pour les cas non suppurés, c'est son affaire; il reproche à l'opération d'être incomplète et c'est précisément ce dont se vante M. Segond; il redoute le pincement de l'uretère, accident qui n'est jamais arrivé à M. Segond et dont M. Quénu vient de parler suffisamment.

M. Bouilly, comme en mars dernier, se déclare laparotomiste. Depuis cette époque, il s'est trouvé deux fois seulement dans la nécessité de refermer le ventre sans y rien faire : dans un cas de salpingite adhérente mais non suppurée, la malade se trouve néanmoins soulagée; l'autre malade, atteinte de pyosalpinx, devra subir ultérieurement l'hystérectomie vaginale.

Dans tous les autres cas, au nombre de 42, la laparotomie a été terminée et il y a eu 5 décès, tous pour des lésions suppurées; trois fois du pus s'est répandu dans l'abdomen et là l'hystérectomie eût probablement mieux valu. Mais chez deux autres malades l'infection péritonéale a eu pour origine des perforations intestinales produites par une traction minime, et M. Bouilly a peine à croire que par un procédé quelconque ont eût pu tirer moins.

D'ailleurs la statistique brutale comporte ici un enseignement. Depuis que M. Segond a inauguré sa série, il compte 64 cas, avec 8 décès; depuis la même époque, M. Bouilly en a 75 avec 9 décès.

C'est la preuve que pour le pronostic immédiat les deux opérations ne diffèrent guère, et dès lors on doit tenir grand compte à la laparotomie de sa moindre difficulté.

SOCIETE OBSTÉTRICALE.

Séance du 12 novembre 1891.

CHARPENTIER, au nom du Dr BRUCY (de Gien), lit, avec présentation de pièces, une observation de **monstre monomphalien xiphopage.** Les deux fœtus morts, venus à terme, spontanément, après un accouchement laborieux, étaient unis l'un à l'autre par l'appendice xiphoïde et par le foie, pesaient après deux jours de macération dans l'alcool, 5 kilogr. 220 gr. le placenta, unique, 450 gr.

PORAK, au nom du Dr NARICH (de Smyrne), lit un travail intitulé : **Deux cas d'incontinence d'urine guéris par le massage de l'urèthre et du col de la vessie.**

BONNET. — Rapport sur une observation du Dr Berlin (de Nice) : **Fait d'accouchement qu'on devait provoquer et se déclarant spontanément avant l'introduction de la sonde.** — A rapprocher des observations de Lefour et Labusquière.

REY. — 1) **Rapport sur les travaux présentés à la section d'obstétrique et de gynécologie au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, tenu à Marseille.**

2) Étude sur **l'accommodement en obstétrique.** — L'auteur s'est attaché à déterminer d'une façon plus précise qu'il n'a été fait, les causes du mouvement de rotation dans l'accouchement, et à son avis, *c'est le tronc qui donne à la tête l'impulsion première qui décide du sens suivant lequel elle doit tourner.* Sa démonstration est basée sur les deux propositions de mécanique suivantes : *a*) quand un corps sollicité par une force rencontre un plan résistant dans un sens perpendiculaire à ce plan, il s'arrête ; *b*) S'il rencontre le plan résistant dans un sens oblique, il continue le mouvement du côté de l'angle d'incidence le plus grand, c'est-à-dire de l'angle obtus. *Conclusion :* La force qui pousse le fœtus est constituée par la contraction utéro-abdominale ou *vis a tergo.* Le sens du mouvement qui en résulte est déterminé par l'incidence des plans fœtaux sur les plans résistants maternels. La théorie

s'applique quelle que soit la hauteur de la présentation fœtale.

LOVIAT relate **trois cas de curettage pour endométrite septique** : 1) il s'agit d'accidents septicémiques observés chez une jeune femme qui, 6 mois environ avant la suppression des règles, et après avoir présenté des accidents hémorrhagiques qui avaient fait soupçonner l'existence d'une grossesse compliquée de placenta prævia, avait expulsé une môle vésiculaire. Quelques jours après cette expulsion, et malgré les précautions antiseptiques prises, survinrent des accidents graves (fétidité de l'écoulement, frissons, hyperthermie jusqu'à 41°,8). Le curettage suivi de cautérisation avec de la glycérine créosotée, et du drainage utéro-vaginal avec de la gaze iodoformée, fut pratiquée neuf jours après l'expulsion de la môle. Dix jours après, malgré l'apparition accidentelle d'une angine pseudo-membraneuse, les accidents avaient complètement disparu. 2) **Curettage pour endométrite septique avec rétention partielle du placenta, après un avortement de 3 mois 1/2 environ.** — Les symptômes de septicémie (fétidité des lochies, fièvre) apparurent le quatrième jour après l'expulsion du fœtus et des membranes. Ce jour là, il fut extrait une portion assez volumineuse du délivre qui était en partie engagée dans le vagin. Le curettage fut fait le lendemain, ainsi que des injections intra-utérines au sublimé à 4 p. 1000 et le drainage utéro-vaginal avec de la gaze iodoformée. La fièvre tomba aussitôt. Le pansement fut renouvelé chaque trois jours, et la gaze intra-utérine remplacée par des crayons iodoformés. Guérison. 3) **Curettage pour endométrite septique avec rétention partielle du placenta consécutivement à un avortement de 3 mois 1/2 environ. Guérison.** — Observation analogue à la précédente, sauf que, dans ce cas, l'avortement parut avoir éte volontairement provoqué (breuvages divers, pédiluves, et probablement manœuvres).

R. L.

REVUE ANALYTIQUE

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE

Des vomissements des femmes enceintes. (Ueber Hyperemesis gravidarum), KALTENBACH. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1891, Bd XXI. Hft 1, p. 200.

Il faut entendre par « vomissements incoercibles de la grossesse »

les vomissements qui ne sont pas sous la dépendance directe d'affections spéciales à certains organes (estomac, intestin, reins, organes sexuels), affections susceptibles de produire ce phénomène pathologique en dehors de l'état de gestation. Le caractère propre à ces vomissements des femmes enceintes, c'est que, même quand ils ont entraîné la mort, l'examen nécropsique ne révèle aucune altération constante, aucune modification profonde de certains organes ; en général, cet examen reste négatif. On est donc conduit à admettre, comme point de départ de ces vomissements rebelles, une disposition nerveuse.

Mais l'exagération anormale des vomissements peut tenir à deux causes : à une disposition pathologique du système nerveux dans laquelle l'excitabilité réflexe est augmentée et la faculté modératrice des phénomènes réflexes diminuée, ou bien à ce que l'irritation, partie de l'utérus, se trouve exagérée du fait de processus morbides évoluant dans l'utérus ou dans l'œuf, ou que cette irritation se répercute sur un estomac malade. Or, jusqu'à présent, presque tous les auteurs se sont uniformément rangés à cette deuxième interprétation : mise en cause de processus morbides de l'utérus ou de l'estomac (changements de situation de l'utérus, endométrite, érosion de la portion vaginale, distension exagérée de l'utérus par hydramnios, grossesse gémellaire, obstacle apporté à l'accroissement de l'œuf par un canal cervical inextensible, contracturé).

On s'est attardé à cette opinion, surtout par certaines considérations tirées *ex juvantibus et nocentibus*. En certains cas, le simple contact d'un col malade provoque le vomissement. Souvent aussi ce symptôme pathologique cesse dès qu'on a ponctionné l'œuf, cautérisé une érosion, dilaté le col, ou immédiatement après le décollement manuel de l'extrémité de l'œuf. Mais ces faits d'observation s'expliquent d'une tout autre manière que par une connexion anatomo-pathologique directe. La diversité des médications employées, la disparition parfois subite, souvent d'un jour à l'autre, et spontanée de vomissements qui avaient résisté aux traitements en apparence les plus rationnels, témoignent fortement *qu'il ne s'agit pas d'altérations anatomo-pathologiques spéciales mais d'une véritable névrose fonctionnelle, dans laquelle l'excitabilité réflexe est augmentée, la faculté modératrice des réflexes diminuée, mais dans laquelle, comme dans*

l'hystérie, l'énergie, empêchant les réflexes de se produire suivant certaines voies nerveuses, peut être restaurée, tout d'un coup, grâce à certaines influences psychiques. Or, la cessation subite des vomissements après une certaine action psychique ou chimique équivaut à la disparition d'une paralysie ou d'une contracture de nature hystérique. Dans les 2 cas, cette brusquerie de la modification constatée, survenant immédiatement après une influenre psychique, est la preuve caractéristique, le cachet de l'hystérie ! Aussi, est-il extraordinaire que jusqu'à ce jour aucun auteur n'ait songé à relier directement les vomissements des femmes enceintes à l'hystérie. Toutefois, certains se sont beaucoup rapprochés de cette interprétation (Jolly (1), Doléris (2), etc).

Obs. recueillie à la clinique de Halle. — X..., 21 ans, primipare, entre à l'hôpital en juin 1889, pour des vomissements de la grossesse. Menstruée tardivement, elle avait éprouvé de bonne heure tous les accidents de l'anémie. Mariée depuis le mois d'octobre 1888, elle était sujette à de mauvais traitements de la part de son mari.

Début de la grossesse, fin mars 1889. Peu après, vomissements rebelles ; la malade ne conserve aucune nourriture, maigrit considérablement et est forcée de garder le lit. Chaque accès débute par de la toux et des spasmes pharyngés ; après les repas, la malade rejette exclusivement du mucus verdâtre. Elle offre une série de troubles de la sensibilité qui font penser à l'hystérie et un examen plus approfondi, dirigé dans ce sens, fait constater : de l'analgésie au niveau du bras droit et de la moitié droite du thorax ; des zones d'hyperesthésie à la pression, au niveau des clavicules, de l'extrémité sternale ; de la douleur à la pression aux apophyses épineuses de la 8e vertèbre dorsale et de la 5e vertèbre lombaire, comme au niveau de la région ovarique. Région gastrique douloureuse, à la suite peut-être de l'acte vomitif. La pression claviculaire détermine des contractions pharyngées violentes, des éructations, de la toux, des efforts de vomissement et des suffocations.

Afin de bien établir si les vomissements eux-mêmes sont un phénomène hystérique, on suggère à la malade qu'ils sont la con-

(1) Ziemmen's Handbuch, XII, 2 S., 537.

(2) *Soc. obst. et gyn.* de Paris, janvier 1890.

séquence de la présence dans l'estomac de substances nuisibles et qu'une fois celles-ci enlevées, ils cesseront sûrement. On fait prendre à la malade du lait et, peu après, on vide l'estomac. L'examen chimique des substances recueillies ne démontre ni hyperacidité ni aucun autre processus anormal de la digestion. Immédiatement après l'opération, on déclare nettement à la femme que, désormais, tout va bien et qu'elle ne vomira plus. Et, de fait, à partir de ce moment, les vomissements cessent, comme si on les avait coupés (wie abgeschnitten). La femme s'alimente, elle prend d'abord du lait, puis, à partir du 4e jour, de la viande, du jambon, et, peu après, tolère le régime ordinaire. Son aspect, ses forces s'améliorent et elle quitte la clinique, guérie, 9 jours après. Accouchement à terme, normal, après une fin de grossesse absolument normale.

En résumé, de ce fait et de plusieurs analogues, *Kaltenbach estime qu'il existe entre les vomissements rebelles de la grossesse et l'hystérie une relation causale directe, mais ce sont les observations nouvelles qui permettront d'établir s'il s'agit là d'une relation fréquente ou même constante.*

R. L.

Vomissements incoercibles de la grossesse. Ptyalisme. Hystérie. (Hyperemesis gravidarum, Ptyalismus, Hysterie), F. AHLFELD. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 17, p. 329.

Ahlfeld rappelle que, contrairement à l'opinion exprimée par Kaltenbach que nul auteur n'avait encore mis en évidence la relation directe qui existe entre les vomissements incoercibles et l'hystérie, il a publié, en 1881, une observation dans laquelle l'hystérie était, manifestement, le point de départ de vomissements très violents, incoercibles, chez une femme enceinte. Ces vomissements se supprimèrent du jour au lendemain, dès le moment où elle dut donner ses soins à un de ses enfants, malade. Depuis cette publication, il a observé de nouveaux faits et consigné ses opinions dans un chapitre d'un de ses comptes rendus annuels, opinions qui se rapprochent beaucoup de celles de Kaltenbach.

Ayant rassemblé cinq observations de cette maladie rare de la grossesse, il a dit que partie de ces cas de vomissements incoercibles et de ptyalisme sont sous la dépendance d'affections locales, soit de l'estomac, soit du péritoine, etc. (2 cas), qu'une autre partie

concerne des personnes *hystériques* (2 cas), qu'enfin il reste un certain nombre de faits qui ne rentrent dans aucune de ces deux catégories (1 cas). « *Les vomissements incoercibles et le ptyalisme des femmes enceintes sont les manifestations de l'exagération d'une névrose réflexe existant chez beaucoup de femmes enceintes, et produite par la grossesse. Chez les femmes particulièrement irritables et dans les affections chroniques du tube digestif, ces manifestations s'accentuent vivement et peuvent aller jusqu'aux vomissements incoercibles.* »

En ce qui concerne le traitement, Ahlfeld, dans ces dernières années, a pris l'habitude de considérer les sujets atteints de vomissements incoercibles, comme des hystériques, alors même que l'existence de l'hystérie n'est pas manifeste. Le traitement est en conséquence dirigé d'après cette façon d'envisager les choses.

R. L.

Du traitement des vomissements incoërcibles de la grossesse. (Zur Behandlung der Hyperemesis gravidarum), COHNSTEIN. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 36, p. 738.

A l'occasion de la question de priorité soulevée par Ahlfeld, l'auteur rappelle l'opinion émise par Friedreich au congrès de neurologie tenu à Heidelberg (1878-79) : *Les vomissements incoercibles sont la conséquence d'une névrose fonctionnelle, contre laquelle le bromure de potassium constitue le meilleur traitement.* Depuis cette époque, l'auteur a eu recours, avec des chances diverses, à la médication bromurée ; il résume les résultats de ses observations dans les deux propositions suivantes : 1) les préparations bromurées ne sont plus à leur place, quand les vomissements ne cèdent pas après les premières doses ; 2) les meilleurs résultats sont obtenus dans les cas récents et plutôt dans les premiers que dans les derniers mois de la grossesse.

R. L.

L'albuminurie gravidique. (Albuminuria in pregnancy), par W. H. WENNING, de Cincinnati. *Am. J. of. Obst.*, juil. 1891, p. 325.

Wenning admet que les convulsions sont le plus souvent d'origine urémique, et sous la dépendance d'une néphrite albuminurique.

Il raconte le cas d'une primipare, qui, 4 mois avant son accou-

chement, commença à présenter un œdème énorme des membres inférieurs, et à rendre beaucoup d'albumine. Il lui ordonna l'enveloppement avec des linges mouillés chauds, de la crème de tartre dans de la limonade, du citrate ou de l'acétate de potasse avec du jaborandi, puis de la digitale. Au moment de l'accouchement, elle eut quelques légères convulsions de la face, et Wenning lui fit prendre 5 gouttes de teinture de veratrum viride, toutes les 1/2 heures, jusqu'à ce que le pouls, qui battait 120, descendit à 80. Puis il creva la poche, et, le travail n'avançant pas, appliqua le forceps sur un premier enfant, puis sur un second. La mère se remit bien, mais lentement.

A. C.

Traitement de l'éclampsie durant la grossesse. (Treatment of eclampsia during pregnancy), HAULTAIN. *Edinb. med. J.*, août 1891, p. 126.

L'auteur étudie, exclusivement, les cas dans lesquels il a réussi, par la thérapeutique employée, à faire cesser les convulsions, avant tout début du travail. Il a, dans sa pratique, observé 4 cas de ce genre : 1) Ipare, prise de convulsions à la fin du 7e mois, qui cédèrent à une thérapeutique variée (chloral, pilocarpine, purgatifs, chloroforme) avant tout commencement de travail. Au moment des accès, l'urine se coagulait par la chaleur, mais les accès passés, elle ne contenait plus que des traces d'albumine. Grâce à la diète lactée absolue et à l'administration éventuelle de purgatifs salins, on réussit à maintenir très basse la teneur de l'urine en albumine, mais, dans la quinzaine qui précéda la date présumée de l'accouchement, il fallut en plus prescrire des diaphorétiques. Accouchement 3 jours avant la date présumée, et, avec lui, des accès éclamptiques nombreux et violents. Mort le lendemain, après 12 heures d'un état comateux. L'accouchement avait été facile et naturel, enfant né mort; 2) Ipare, prise d'un accès éclamptique au cours du 7e mois, accès violent qui s'accompagna d'une cécité complète, qui persista durant 24 heures. Même traitement que dans le cas précédent (chloral, pilocarpine, purgatifs, chloroforme). L'urine, au moment de l'accès, se solidifiait par la chaleur. Mais, le lendemain, elle ne renfermait plus que des traces d'albumine. L'observation rigoureuse de la diète lactée maintint l'albuminurie à ce faible degré, mais le plus léger écart, la moindre

ngestion de poisson ou d'autres aliments, se traduisait par une augmentation de l'albumine. L'albuminurie s'exagérait encore, et d'une façon très notable, aux périodes correspondant aux règles. 3 semaines environ avant la date présumée de l'accouchement, l'albuminurie se mit à augmenter en dépit du traitement. En conséquence, on procéda à la provocation de l'accouchement, qui se passa sans convulsions. Guérison, suites de couches normales, mais enfant mort ; 3) multipare ; convulsions à 8 mois 1/2 de grossesse qui, malgré le traitement, se reproduisirent à certains intervalles. Accouchement prématuré qui se fit sans complication d'accès éclamptiques. Mais, ils éclatèrent 2 heures plus tard, nombreux et rapides ; toutefois, ils cédèrent au traitement, enfant vivant ; 4) multipare ; convulsions au 8e mois. Même traitement que dans les cas I et II, avec les mêmes bons résultats. Mêmes conditions de l'urine. Évacuation de l'utérus à 8 mois 1/2 sans réapparition des convulsions. Suites excellentes. Enfant vivant.

Au total, le traitement au moment où éclatent les convulsions est le suivant : injection sous-cutanée de pilocarpine et application de bouteilles d'eau chaude pour provoquer la sudation, administration d'huile de croton tiglium ; chloral, qu'on donne par le rectum ou par la voie sous-cutanée si on ne peut le faire prendre par la bouche. Le cas échéant, anesthésie profonde par le chloroforme. Sous l'influence de ce traitement, l'albumine diminue d'une façon marquée en quelques heures, et le danger est écarté. Puis, pour maintenir l'albuminurie le plus bas possible, imposer la diète lactée absolue.

Mais, l'albuminurie étant réduite au minimum, faut-il laisser la grossesse aller à terme, le travail se déclarer spontanément ? L'auteur pense que non et, s'appuyant sur la terminaison malheureuse du 1er cas où précisément cette conduite avait été suivie et sur les bons résultats obtenus dans les autres où l'on avait interrompu la grossesse, il se déclare nettement partisan de la provocation de l'accouchement prématurée. Voici la technique opératoire qu'il a adoptée : l'albuminurie ayant été réduite au minimum par les diaphorétiques et les purgatifs, on administre la veille au soir 30 gr. de chloral à la malade. Le lendemain on donne le chloroforme jusqu'à complète anesthésie ; après quoi, on procède à la dilatation du col qu'on réalise avec les doigts. La dilatation étant suffisante pour permettre l'application du forceps, on rompt

les membranes et l'on applique l'instrument. La plus légère traction suffit dès lors pour dilater le col, mais il faut ensuite une traction plus vigoureuse pour faire franchir à la tète la filière pelvienne. Le périnée cède comme dans un accouchement normal. Dans aucun des cas, la délivrance ne donna lieu à aucun accident.

Avantages de ce mode de traitement : 1) la patiente est mise dans les meilleures conditions possibles avant l'intervention albumine réduite au minimum ; tension artérielle notablement diminuée par la pilocarpine, action réflexe émoussée par le chloral ; 2) grâce à l'anesthésie absolue, les contractions utérines, ce facteur important dans l'étiologie des convulsions (les statistiques sont concluantes) sont presque entièrement évitées ; 3) la durée du travail est réduite au minimum ; 4) les résultats, au double point de vue de la mère et de l'enfant, ont été favorables.

R. L.

De la leucémie et de la grossesse. (Ueber Leukämie und Schwangerschaft), E. LAUENBURG. *Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd, 39 Hft. 3, p. 419.

L'auteur ayant observé un cas de cette affection, qui avait, à plusieurs reprises, déterminé l'interruption prématurée de la grossesse, a cherché à dégager les relations qui existent entre la leucémie, la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. De la lecture de ce travail, très consciencieux, il ressort que ces relations sont très obscures, et qu'on est obligé de rester surtout dans le domaine des hypothèses. Il est vrai que jusqu'à ce jour les faits analogues publiés sont très rares, en tout : 4 cas avérés de leucémie compliquée de grossesse, et un cas douteux ; 1° cas de Sänger (1) ; 2° de Cameron (2) ; 3° de Greene (3) ; 4° de Lauenburg (4) ; un cas douteux, de Greene.

D'autre part, il existe des divergences très marquées dans les opinions de Sänger et celles émises par l'auteur. Voici, en substance, la manière de voir de ce dernier.

Tout d'abord, on est frappé de la rareté de la coexistence de la leucémie et de la grossesse. Les observations de leucémie s'installant plus ou moins de temps après un accouchement, sont beaucoup

(1) *Arch. f. Gyn.* Bd XXXIII.

(2) *Internat. Jour. of the. med. sciences*, vol. I.

(3) *New-York med. J.*, 1888, vol. XLVII.

(4) *New-York m. J.* 1888, vol. XLVII.

plus fréquentes que celles de grossesses survenant chez une femme déjà leucémique. Il semble donc, a priori, que cette dyscrasie doive s'accompagner de troubles spéciaux, capables d'empêcher l'ovulation ou la conception. Mais, ici, les recherches manquent. Il s'agirait de savoir si la leucémie n'est pas susceptible d'affecter, comme elle le fait pour la rate, les reins, le foie, les ovaires eux-mêmes, et de gêner ou même de supprimer, par suite peut-être d'une infiltration lymphoïde, la fonction qui leur est dévolue. Hérard a cité un cas, dans lequel les ovaires étaient le siège d'exsudats lymphoïdes.

Le fait que la leucémie est communément observée chez des femmes qui jusqu'alors ont été sujettes à des troubles menstruels, ou que cette affection se montre consécutivement à un accouchement à terme ou à une fausse couche, a depuis longtemps suggéré l'idée qu'il devait exister un lien étiologique entre elle et les fonctions ou les maladies de l'appareil sexuel féminin. Ce sont là des constatations indéniables, et qui ne permettent pas, malgré l'opinion contraire de Sänger, d'écarter simplement l'idée généralement admise de ce lien étiologique. D'après l'auteur, la grossesse exerce une action défavorable sur la leucémie. Car, ce ne sont pas seulement les douleurs qui sont augmentées, mais aussi les symptômes pathologiques spéciaux à l'affection : ils s'accusent à mesure que la grossesse avance, et d'autant plus qu'on se rapproche du terme, puis s'amendent après l'accouchement, pour s'accentuer, itérativement, à chaque nouvelle grossesse. Ainsi, dans l'observation de Cameron, les examens répétés du sang fournirent les chiffres suivants : Au début de la 7e grossesse, globules rouges = 2,900,000 ; globules blancs : globules rouges = 1 : 45; au 7e mois, peu avant l'accouchement prématuré spontané, globules rouges = 1,070,000 ; blancs : rouges = 1 : 10 ; 2 heures après l'accouchement, globules rouges = 990,000 ; globules blancs : globules rouges = 1 : 4. Durant les suites de couches, disparition assez rapide des douleurs, de l'œdème, de la dyspnée ; le 3e jour après l'accouchement globules rouges = 1,000,000, globules blancs : globules rouges = 1 : 20 ; le 12e jour, globules rouges = 1,900,000 ; globules blancs : globules rouges = 1 : 35. A une nouvelle grossesse, environ 6 mois après modifications analogues. A 3 mois, globules blancs : globules rouges = 1 : 20. à 5 mois, globules blancs : globules rouges = 1 : 3. Nouvelle hypertrophie, très accusée, de la rate.

En ce qui concerne l'accouchement, il n'offrit dans le cas observé par l'auteur, rien d'anormal, ce qui cadre bien avec les constatations faites auparavant. Les contractions furent bonnes, et la perte de sang fut remarquablement insignifiante. Quant aux suites de couches, d'une manière générale, elles parurent coïncider avec une amélioration notable, un arrêt de la maladie, avec même la guérison d'après Greene.

De toutes façons, le pronostic est grave, car 2 des cas se terminèrent par la mort. Quant au traitement, médical ou chirurgical (extirpation de la tumeur splénique), il paraît, d'après l'expérience acquise jusqu'à ce jour, n'avoir qu'une action minime où même nulle. Pendant la grossesse, il est rationnel de placer les malades dans les conditions extérieures les meilleures possibles, de s'efforcer d'augmenter la résistance vitale par le séjour à l'air libre, par une alimentation convenable, l'administration des toniques, enfin, au cas de danger imminent, il ne faut pas hésiter à provoquer l'accouchement.

Conclusions : 1) La leucémie est, maintes fois, en connexion étiologique avec les modifications produites par la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches.

2) La grossesse peut être interrompue dans sa marche par la leucémie considérée en soi.

3) La grossesse aggrave la leucémie.

4) Le pronostic de la leucémie est aggravé du fait de sa coexistence avec la grossesse et l'accouchement; souvent, il devient alors extrêmement sévère.

5) Le cas échéant, il faut pratiquer l'avortement ou l'accouchement prématuré. R. L.

Nouvelle contribution à l'étude de l'importance clinique de la néphrite durant la grossesse. (Weitere Beiträge zur klinische Bedeutung der Nephritis in der Schwangerschaft) . H. FEHLING. *Arch. f. Gyn.*, 1891, Bd XXXIX, Hft 3, p. 468.

Dans son premier travail sur ce sujet, Fehling déclarait que, dans les cas de mort habituelle du fœtus sous la dépendance d'une néphrite, le placenta était le siège d'un nombre considérable d'infarctus blancs, opinion à laquelle s'étaient rangés Cohn et Wiedow. Par contre, Meyer, se fondant sur les résultats de ses observations à la clinique de Copenhague, avait contesté que la maladie rénale

eût une influence étiologique si accusée sur les altérations placentaires aussi bien que sur la mort intra-utérine du fœtus. A cette manière de voir de Meyer, Fehling répond par les chiffres suivants :

1885.	115	accouch.	sans avortement	21	fois infarctus	sans albuminurie.
1888.	431	—	—	78	—	—
1889.	468	—	—	82	—	—
1890.	227	—	—	43	—	—
	1241			224		

Soit 17,2 0/0.

En joignant à ces chiffres, 104 observations de cas d'infarctus sans albuminurie, sur 767 accouchements (13,8 0/0) recueillies à Stuttgard, la proportion devient 15,8 0/0.

Or, ces chiffres se modifient d'une façon très remarquable, quand on essaie d'établir la fréquence des infarctus dans la néphrite chronique, aussi bien que dans l'albuminurie simple pendant la grossesse. Sur 1241 accouchements à la clinique de Bâle, 73 fois en avait constaté de l'albumine dans l'urine pendant la grossesse = 5,9 0/0, et 11 fois il s'agissait de néphrite vraie = 0,88 0/0. Sur ces 73 cas d'albuminurie, 41 fois le placenta ne présentait pas d'infarctus = 56,1 0/0, mais 32 fois il en présentait = 43,8 00/. Sur les 18 cas d'albuminurie observés à Stuttgard, les altérations placentaires furent constatées 12 fois = 66 0/0. En prenant la moyenne des deux séries, on trouve comme rapport des troubles rénaux durant la grossesse et des altérations placentaires 54,9 0/0. soit une proportion 3 fois plus forte des lésions du délivre que quand il n'existe pas d'albuminurie. D'autre part, dans les cas de néprhite chronique dont, au cours des 2 1/2 dernières années on observa 9 cas, jamais les infarctus ne firent défaut ; la plupart du temps ils étaient en nombre et caractéristiques, d'où cette première conclusion : *l'albuminurie et la néphrite pendant la grossesse coïncident souvent avec les infarctus blancs du placenta ; les infarctus blancs ne constituent pas une lésion exceptionnellement rare.*

2) Quelle influence exercent la néphrite et les infarctus placentaires sur la vie et le développement du fœtus ? Sur 27 cas d'infarctus placentaires, coïncidant avec une albuminurie simple ou avec une néphrite, on compta seulement 11 enfants à terme, et 16 enfants avant terme, soit 1 enfant avant terme pour 0,7 à terme,

alors que la moyenne générale de la clinique, établie pour plusieurs années donne 1 enfant avant terme pour 2, 3 à terme. Il ressort de ces chiffres, que *la néphrite et les infarctus simples agissent défavorablement sur la vie et sur le développement des enfants.*

Dans la seconde partie de son travail, Fehling s'occupe de la question suivante : quelles sont les espèces de maladies rénales qui aboutissent à la mort et à l'expulsion prématurée de l'œuf? Il s'appuie sur l'analyse de 10 cas, qu'il a pu suivre plusieurs années, et qu'il divise en deux groupes; dans le premier, il s'agirait de rein gravidique à rechute, dans le second de néphrite chronique parenchymenteuse ou interstitielle. Or, des mères appartenant à la 1re série, pas une seule n'a succombé; de celles appartenant à la seconde, au contraire, 2 sont mortes. En ce qui concerne les enfants, la 1re série donne 6 enfants vivants pour 18 morts ; la seconde, 5 vivants pour 11 morts, d'où ces conclusions: *la néphrite chronique parenchymateuse ou insterstitielle comporte, en ce qui concerne les mères, un pronostic beaucoup plus sévère que le rein gravidique à rechutes ; pour les enfants, le pronostic est aussi grave dans les deux cas.*

Traitement. — Avant tout, il doit être prophylactique. Il faut, pour toute femme enceinte ou parturiente, analyser les urines, et répéter cet examen à certains intervalles. Il devient absolument indispensable dès que la femme enceinte présente de l'œdème des membres inférieurs ou supérieurs. Si l'on ne constate dans les derniers mois de la grossesse que de faibles traces d'albumine, il suffit de bien surveiller sa cliente. Mais, dès que la proportion augmente, il est utile d'évaluer cette quantité d'albumine, au moyen, p. ex. de l'albuminomètre d'Esbach. Dès que le chiffre atteint 1 p. 0/00 et au-dessus, un traitement s'impose (hygiène, soins de la peau (vêtements de laine, bains tièdes), diète lactée, absolue ou mixte (lait et hydrocarbonés), suppression de l'alcool, etc.

Le traitement d'une excrétion abondante d'albumine, chez des primipares, en tant que symptôme d'un rein gravidique, est d'une grande importance, parce que, dans ces cas, le danger imminent c'est l'éclampsie et que, d'autre part, le rein gravidique peut se transformer en une néphrite chronique.

Mais il importe extrêmement de traiter le rein gravidique à rechutes, et surtout la néphrite chronique qui est toujours aggravée par la grossesse. En telles conditions, on a moins à se soucier

des intérêts de l'enfant, qui est très souvent fatalement condamné, que de ceux de la mère. Ce n'est que dans les cas exceptionnels où l'aggravation notable de l'albuminurie ne survient que vers la fin de la grossesse, où dans ceux dans lesquels, ainsi que les grossesses antérieures l'enseignent, que la mort de l'enfant survient à une date à peu près la même, qu'on aura des chances de le sauver par l'accouchement prématuré.

Dans certains cas, il est possible par le repos absolu au lit et par les bains chauds de diminuer l'albuminurie et d'écarter, sans avoir eu besoin d'interrompre la grossesse, les dangers qui menaçaient l'enfant.

On aura peu à se préoccuper, dans les cas de rein gravidique à rechutes ou de néphrite chronique, des moyens de prévenir l'éclampsie, qui, dans ces circonstances, est remarquablement rare.

Il faut combattre la néphrite chronique dont le degré peut être pour ainsi dire mesuré par la considération de la proportion d'albumine excrétée, de la quantité des cylindres et éléments épithéliaux contenus dans l'urine, de l'importance des modifications cardiaques, de la résistance de l'affection aux traitements employés. Avant tout, il faut prescrire le repos. Il est, en effet, remarquable de constater combien le repos réduit, pendant la grossesse bien entendu, la quantité de l'albumine excrétée. Puis, on aura recours s'il est nécessaire, aux bains chauds (37-42° C.), aux enveloppements chauds de tout le corps, etc.

Si sous l'influence du traitement l'excrétion de l'albumine s'abaisse notablement, l'expectation est justifiée. Mais si des symptômes sérieux (céphalalgie, épistaxis, accidents cardiaques), apparaissent, si la proportion de l'albumine ou des cylindres urinaires reste la même, dans ces cas, il ne faut plus tarder, il faut provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré. Quand l'enfant est mort, il est habituel, comme Barbour l'a déjà signalé, que la proportion de l'albumine contenue dans l'urine, diminue rapidement, aussi, dans ces cas, toute intervention devient inutile, fâcheuse même. En général, le produit de la conception, même quand il reste plusieurs mois dans l'utérus, finit par être expulsé spontanément et sans difficultés. R. L.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIERES CONTENUES DANS LE TOME XXXVI

Juillet à Décembre 1891

D

E

F

G

H

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME XXXVI

Juillet à Décembre 1891.

MÉMOIRES ORIGINAUX

REVUE CLINIQUE

REVUES GÉNÉRALES

